Fred Salomon (Hrsg.)

Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin

Orientierungshilfen für kritische Entscheidungen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Fred Salomon (Hrsg.)

Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Fred Salomon (Hrsg.)

Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin

Orientierungshilfen für kritische Entscheidungen

mit Beiträgen von

M. Allwinn | R. Bering | T.M. Boesing | D. Brosey | C. Dodt | T. Fleischmann | F. Gerwinn
M. Gommel | E. Hamelmann | U. Harding | K.-H. Henze | J. Hoffmann | M. Jaster
D. Kietzmann | O. von dem Knesebeck | K. Kobert | B. Kretschmer | H. Krieter
K. Lammer | M. Langer | F. Lasogga | T. Löbbing | T. Luiz | G. Maio | G. Marckmann
H. Marung | A.T. May | M. Nüßen | J. Padberg | M. Parzeller | G. Piechotta-Henze
C. Pompe | F. Reifferscheid | S. Rixen | K. Roshdi | F. Salomon | C. Schedlich | S. Schmidt
J. in der Schmitten | S. Trzeczak | N. Vonneilich | C.H.R. Wiese | G. Zurek



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der Herausgeber

Prof. Dr. med. Fred Salomon
Tulpenweg 21
32657 Lemgo

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstr. 11
10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-267-8 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Produkt-/Projektmanagement: Frauke Budig, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin

Zuschriften und Kritik an:
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort

Notfallmedizin soll den Menschen helfen, deren Gesundheit oder Leben akut Schaden genommen haben oder bedroht sind. Um wirkungsvoll zu sein, muss sie jederzeit und an jedem Ort kurzfristig verfügbar sein. Nur ein breit aufgestelltes Rettungssystem sowie eine fundierte fachliche und logistische Kompetenz kann das Ziel einer wirkungsvollen Frühversorgung bei Notfällen in öffentlichen Bereichen, im Verkehr, am Arbeitsplatz, im privaten Umfeld, in Arztpraxen, Pflegeheimen und Kliniken, vor aller Augen oder abseits in zum Teil schwer zugänglichen Bereichen garantieren.

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit klaffen Lücken. Der Anspruch, den eine Gesellschaft an die Notfallmedizin und das Rettungswesen stellt und den die in diesem Bereich Tätigen an sich selbst haben, kann nicht immer erfüllt werden. Auch Notfallmedizin stößt an Grenzen. Manche dieser erfahrenen Grenzen fordern Erweiterung von Kompetenz, Fortbildung oder auch Forschung. Bei anderen muss über die Mittelverteilung in einer Gesellschaft und den Stellenwert von Notfallversorgung nachgedacht werden. Viele der Überlegungen berühren bei differenzierter Betrachtung Fragen zu dem, was einem Menschen wichtig ist, welche Bedeutung der Gesundheit oder einem Menschenleben beigemessen wird, welche Lebensziele Entscheidungen bestimmen oder was als sinnvoll oder sinnlos betrachtet wird. In diesen Fragen zeigen sich ethische Aspekte, die zu betrachten angesichts des Zeitdrucks in Notfallsituationen meist wenig Raum bleibt. Sie werden jedoch umso wichtiger, wenn Zeit zum Nachdenken über die oft automatisch ablaufenden Handlungen gegeben ist.

Dieses Buch möchte bereits im Vorfeld von Notfallsituationen dafür sensibilisieren, über moralische Haltungen der Beteiligten sowie eigene Werte und Entscheidungsmaßstäbe nachzudenken. Dabei knüpft es an viele konkrete Situationen an, die den Lesenden sicher zum Teil vertraut sind und dazu geführt haben, dieses Buch in die Hand zu nehmen. Erlebte Entscheidungskonflikte und offen gebliebene Fragen nach überstandenen Notfallversorgungen bleiben oft Jahre im Gedächtnis. Sie sind mit unterschiedlichen Emotionen verknüpft, die bei späteren, vergleichbaren Situationen plötzlich wieder auftauchen und so belasten können, dass ein angemessener Umgang mit der neuen Notfallsituation behindert wird.

Die Beiträge der in ihren Gebieten jeweils sehr kompetenten und praxiserfahrenen Autorinnen und Autoren beleuchten die verschiedenen Dimensionen, die in der Notfallmedizin mit ethischen Überlegungen verknüpft sind. Konkrete Fallbeispiele erlauben es, Probleme distanziert von eigenen Erlebnissen aufzuarbeiten und dabei vielleicht einen neuen Zugang zu eigenen Erfahrungen zu gewinnen.

Das Konzept dieses Buches entspricht dem von mir herausgegebenen „Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin“, das den Verlag und mich durch seine gute Resonanz in bereits zweiter Auflage ermutigt hat, auch eine praxisnahe Ethik für die Notfallmedizin herauszugeben. Dabei sind auch wenige Beiträge thematisch modifiziert aus dem Intensivbuch übernommen worden.

Ich danke Herrn Hopfe und Frau Budig von der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft Berlin für die gute und problemlose Zusammenarbeit bei der Konzeption und Fertigstellung dieses Buches. Ebenso bedanke ich mich bei den Autorinnen und Autoren, die jeweils fundierte, praxisnahe Beiträge mit zum Teil hier erstmals veröffentlichten Ergebnissen geliefert haben.

Als Arzt, der lange Jahre im Rettungsdienst tätig war und notfallmedizinische Erfahrungen aus vielen Bereichen hat, wünsche ich, dass alle, die beruflich in diesem belastenden Arbeitsfeld gefordert sind, durch dieses Buch Anregungen zur Bearbeitung ihrer Erfahrungen und Entlastung in zukünftigen Situationen finden.

Fred Salomon
Lemgo, September 2015

Die Autoren

Mirko Allwinn, B.Sc.
Institut Psychologie & Bedrohungsmanagement
Postfach 11 07 02
64222 Darmstadt

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Robert Bering
Zentrum für Psychotraumatologie
Alexianer Krefeld GmbH
Dießemer Bruch 81
47805 Krefeld

Dr. med. Thomas M. Boesing
Abteilung für Neonatologie und
pädiatrische Intensivmedizin
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderzentrum Bethel
Ev. Krankenhaus Bielefeld
Grenzweg 10
33617 Bielefeld

Prof. Dr. jur. Dagmar Brosey
Institut für Soziales Recht
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften
Technische Hochschule Köln
Gustav-Heinemann-Ufer 54
50968 Köln

Prof. Dr. med. Christoph Dodt
Notfallzentrum
Städtisches Klinikum München Bogenhausen
Englschalkinger Str. 77
81925 München

Dr. med. Thomas Fleischmann,
EBCEM, FESEM, FRCEM, MHBA
Klinik für Interdisziplinäre Notfallmedizin
Westküstenklinikum Heide
Esmarchstraße 50
25746 Heide

Florentine Gerwinn, M.A. Reha.-wis.
Zentrum für Psychotraumatologie
Alexianer Krefeld GmbH
Dießemer Bruch 81
47805 Krefeld

Dipl.-Biol. Dr. biol. hum. Michael Gommel
Institut für systemische Medizin-
und Organisationsethik
Weserstraße 10
10247 Berlin

Prof. Dr. med. Eckard Hamelmann
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderzentrum Bethel
Ev. Krankenhaus Bielefeld
Grenzweg 10
33617 Bielefeld

Dr. med. Ulf Harding
Zentrale Notfallaufnahme
Klinikum Wolfsburg
Sauerbruchstr. 7
38440 Wolfsburg

Dr. disc. pol. Karl-Heinz Henze
Institut für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Georg-August-Universität Göttingen
Waldweg 37
37073 Göttingen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Jens Hoffmann
Institut Psychologie & Bedrohungsmanagement
Postfach 11 07 02
64222 Darmstadt

Matthias Jaster
kommissarischer Referatsleiter
und juristischer Fachreferent beim
Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz
und Informationsfreiheit
Klosterwall 6
20095 Hamburg

Diana Kietzmann, Dipl.-Psych.
Institut für Psychologie
Lehrstuhl Gesundheit und Prävention
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Robert-Blum-Str. 13
17487 Greifswald

Prof. Dr. phil. Olaf von dem Knesebeck
Institut für Medizinische Soziologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. med. Klaus Kobert
Klinische Ethik
Ev. Krankenhaus Bielefeld
Kantensiek 19
33617 Bielefeld

Prof. Dr. jur. Bernhard Kretschmer
Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht
Justus-Liebig-Universität Gießen
Hein-Heckroth-Str. 3
35390 Gießen

PD Dr. med. Heiner Krieter, DEAA
Gemeinschaftspraxis Dres. Weiß & Krieter
Hauptstr. 95
68259 Mannheim

Prof. Dr. Kerstin Lammer
Professur für Seelsorge und Pastoralpsychologie
Evangelische Hochschule
Bugginger Straße 38
79104 Freiburg

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Langer
Abteilung für Geburtshilfe
und Fetomaternale Medizin
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20
1090 Wien
Österreich

Prof. Dr. Frank Lasogga
Institut für Psychologie
Universität Dortmund
Emil-Figge-Str.50
44227 Dortmund

Tanja Löbbing,
Master of Medicine, Ethics and Law
Klinische Ethik
Ev. Krankenhaus Bielefeld
Kantensiek 19
33617 Bielefeld

Dr. med. Thomas Luiz
Deutsches Zentrum für Notfallmedizin
& Informationstechnologie
Fraunhofer IESE
Fraunhofer-Platz 1
67663 Kaiserslautern

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A.
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Universität Freiburg
Stefan-Meier-Str. 26
79104 Freiburg

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte
und Theorie der Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München
Lessingstraße 2
80336 München

Dr. med. Hartwig Marung
Institut für Rettungs- und Notfallmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 808
24105 Kiel

Dr. phil. Arnd T. May
EthikZentrum.de
Zentrum für Angewandte Ethik
Hohenzollernstr. 76
45659 Recklinghausen

Ass. iur. Marc Nüßen
Von-der-Recke-Straße 15
45879 Gelsenkirchen

Dr. med. Jan Padberg
Klinik für Intensiv- und Rettungsmedizin
HELIOS Klinikum Emil von Behring
Walterhöferstraße 11
14165 Berlin

Assessor Prof. Dr. med.
Dr. med. habil. Markus Parzeller
Arzt und Jurist
Institut für Rechtsmedizin
Forensische Medizin
Kennedyallee 104
60596 Frankfurt am Main

Prof. Dr. Gudrun Piechotta-Henze
Alice Salomon Hochschule Berlin
Studiengänge „Gesundheits- und
Pflegemanagement“ (B.Sc.) &
„Management und Qualitätsentwicklung
im Gesundheitswesen“ (M.Sc.)
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin

Pfarrer Christoph Pompe,
Psychologischer Psychotherapeut
Notfallseelsorge Lippe
c/o Ev. Beratungszentrum der Lipp. Landeskirche
Lortzingstr. 6
32756 Detmold

Dr. med. Florian Reifferscheid
Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3, Haus 12
24105 Kiel

Prof. Dr. iur. Stephan Rixen
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht
Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Universität Bayreuth
95440 Bayreuth

Dipl.-Psych. Karoline Roshdi
Institut Psychologie & Bedrohungsmanagement
Postfach 11 07 02
64222 Darmstadt

Prof. Dr. med. Fred Salomon
Tulpenweg 21
32657 Lemgo

Claudia Schedlich, Dipl.-Psych.
Referat „Psychosoziales Krisenmanagement“
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
Provinzialstraße 93
53127 Bonn

Prof. Dr. phil. Silke Schmidt
Institut für Psychologie
Lehrstuhl Gesundheit und Prävention
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Robert-Blum-Str. 13
17487 Greifswald

Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitten, MPH
Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf

Dr. med. Stefan Trzeczak, M.A.
Notaufnahme, Medizinische Klinik
HELIOS Hanseklinikum Stralsund
Große Parower Str. 47–53
18435 Stralsund

Dr. phil. Nico Vonneilich
Institut für Medizinische Soziologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

PD Dr. med. Christoph H.R. Wiese, MHBA
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
HEH Kliniken Braunschweig
Leipziger Straße 24
38124 Braunschweig

Gisela Zurek, Dipl.-Psych.
Zentrum für Psychotraumatologie
Alexianer Krefeld GmbH
Dießemer Bruch 81
47805 Krefeld

Inhalt

1 Ethische Entscheidungsfindung in der Notfallmedizin – eine Einführung

Giovanni Maio

1.1 Einleitung

Die Medizin ist eine soziale Errungenschaft, deren Kernziel es ist, in Not geratenen Menschen Hilfe anzubieten. Damit kann sich die Medizin nicht auf das reine Erkennen zurückziehen, denn sie erkennt nicht primär um des Erkennens willen. Genau dies unterscheidet sie von den Naturwissenschaften – die Medizin erkennt, um Menschen helfen zu können. Diese praktische Zwecksetzung ist es, die die Basis der Medizin ausmacht. Naturwissenschaftliche Erkenntnisse sind Grundlage für viele segensreiche Entwicklungen der Medizin gewesen, aber damit die Erkenntnisse sich tatsächlich positiv auf den Menschen auswirken, bedarf es bei jeder Frage der Anwendung dieser Erkenntnisse eines zusätzlichen Blicks auf die Welt, auf den Menschen. Daher kann eine gute Medizin nur realisiert werden in einer Verknüpfung guter Naturwissenschaften und einer Reflexion auf die Frage nach dem guten Handeln. Eine solche Reflexion verweist auf die Ethik.

Ethik lässt sich allgemein als Theorie des guten Handelns verstehen; speziell der Medizinethik geht es folglich um die philosophische und damit systematische Beurteilung moralischer Prinzipien im konkreten Handlungskontext der Medizin.

> *Medizinethik lässt sich auf praktische Problemfelder der Medizin ein und versucht, mithilfe moralphilosophischer Methoden medizinische Situationen so zu ergründen, dass Entscheidungen möglich werden, die im Einklang mit wohlbegründeten ethischen Grundprinzipien stehen und die gleichzeitig der Komplexi-*

tät der klinischen Praxis gerecht werden. So stellt die besondere Berücksichtigung und Gewichtung der praktischen Situationslagen ein besonderes Spezifikum der Medizinethik dar.

Wie wichtig eine ethische Reflexion für die Medizin ist, zeigt sich gerade im Angesicht von Sterben und Tod. Dies sei an einem alltäglichen Beispiel erläutert.

Fallbeispiel 1

Auf der Internistischen Intensivstation liegt ein 55-jähriger Patient, der nach einer präklinischen Reanimation seit Wochen künstlich beatmet wird. Die Befunde deuten darauf hin, dass der Kreislaufstillstand einen ausgedehnten hypoxischen Hirnschaden verursacht hat und dass die Gesamtprognose ernst ist. Es ist damit zu rechnen, dass selbst für den eher unwahrscheinlichen Fall, dass der Patient wieder zu Bewusstsein kommen sollte, er eine schwere geistige Behinderung davontragen wird, die ihm ein selbständiges Leben nicht ermöglichen und ein dauerhaftes Angewiesensein auf Andere als schwerer Pflegefall bedeuten wird. Nach reiflicher Überlegung kommt der Arzt zu dem Schluss: „Es ist klar, dass es in einem solchen Zustand besser wäre, lieber zu sterben als weiterzuleben". Aus dieser Überlegung heraus entscheidet sich der Arzt dafür, nach Möglichkeiten zu suchen, um die Maximaltherapie zu reduzieren.

Das Beispiel zeigt auf, wie leicht der Arzt eine von ihm vorgenommene moralische Aussage zur Grundlage seiner Entscheidung machen kann, ohne ihre ethische Dimension hinreichend reflektiert zu haben. Zwar ist nicht auszuschließen, dass der Arzt mit dieser Entscheidung im Sinne des Patienten handelte. Aber ein Arzt, der so argumentiert, macht den schwerwiegenden Fehler, eine eigene moralische Überzeugung zum allgemeinen Bewertungsmaßstab seiner Handlungen zu machen. Allein die Orientierung an der Goldenen Regel („was Du nicht willst, das man Dir tu, das füg auch keinem anderen zu") oder der Verweis auf eine Intuition („ein solches Leben ist besser nicht gelebt zu sein") können nicht ausreichen, um verantwortungsvoll zu handeln. Eine solche Orientierung kann sogar irreführend sein. In dem speziellen Fall müsste nämlich sicher davon ausgegangen werden, dass jeder Mensch eine solche Form der Behinderung in der gleichen Weise interpretieren würde. Es ist aber durchaus möglich, dass ein Mensch für sich sagen könnte: Auch wenn ich auf die Hilfe anderer angewiesen sein sollte und einen Hirnschaden davontragen würde, so möchte ich lieber in dieser Form als gar nicht mehr leben. Daher hat der beschriebene Arzt hier eine moralische Bewertung von Leben vorgenommen, die ihm als Drittem nicht zusteht. In diesem Fall folgt der Arzt einem Verständnis von Menschsein, das nicht als allgemeinverbindlich angesehen werden kann. Ab dem Moment, da der Arzt zu erkennen gibt, dass er nur wegen der gestörten Hirnfunktion eine Aussage über den Lebenswert des Menschenlebens macht, wird er Opfer einer eher partikularen, wenn nicht gar problematischen Deutung des Menschseins. Zwar kann jeder Mensch für sich selbst eine solche moralische Bewertung vornehmen, aber einer dritten Person kann eine solche Bewertung nicht einfach unterstellt werden, weil man dann jedes Leben dieser Art kategorisch für defizitär halten müsste, was auf unzählige ethische Probleme stößt. Die Frage nach der Indiziertheit der Weiterbehandlung kann nur aus der Perspektive des Kranken selbst beantwortet werden. Des-

sen Werthaltungen allein können Maßstab sein, und alle Anstrengungen zur Lösung dieses Konfliktes müssten sich um die Eruierung dieser persönlichen Werthaltung des Kranken ranken.

1.2 Medizinethische Prinzipien und der Hippokratische Eid

Da die Medizin unweigerlich auf Wertentscheidungen angewiesen ist, hat sie schon sehr früh ethische Prinzipien benannt, nach denen das Handeln des Arztes auszurichten sei. Eine solche ethische Tradition ist ganz eng mit dem Hippokratischen Eid aus dem 4. Jahrhundert v. Chr. verbunden, der bis in unsere Tage hinein als Fundament der ärztlichen Ethik proklamiert wird.[1] Ein Kernsatz des Hippokratischen Eides lautet:

> *„Die Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meinem Vermögen und Urteil, mich davon fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichen Schaden und Unrecht.“ (Deichgräber 1983)*

Betrachtet man diesen Satz näher, wird man drei zentrale Prinzipien entdecken, die in der modernen Bioethik wieder aufgegriffen worden sind. Es sind dies das Prinzip der Fürsorge und das Prinzip der Vermeidung des Unheils, also der Schadensvermeidung. Allein in diesem Satz ist auch das dritte medizinethische Prinzip angesprochen, nämlich das Prinzip der Vermeidung von Unrecht, was einen Teilbestand des Prinzips der Gerechtigkeit bildet. Angesichts dessen, dass der hippokratische Eid zumindest seit dem Mittelalter eine breite Rezeption erfahren hat, lässt sich festhalten, dass sich der Arzt über Jahrhunderte hinweg vornehmlich dazu verpflichtet hatte, dem Patienten gegenüber als Helfer aufzutreten, dessen oberste Handlungsmaxime im „bonum facere“ (Wohltun/Fürsorge) und „nil nocere“ (Schadensvermeidung) bestand. Das Prinzip des „bonum facere“ äußerte sich darin, dass es in der Regel der Beurteilung des Arztes oblag, dieses Wohl zu definieren und in diesem seinem Sinne meist nur implizit und ohne geteilte Verantwortung zu entscheiden.

Das Prinzip der Autonomie ist in dieser Textstelle nicht erwähnt. Man könnte sogar annehmen, dass der hippokratische Eid genau das Gegenteil der Autonomie zur Grundlage macht, indem am Anfang des Satzes betont wird, dass allein „nach meinem Urteil“, also dem ärztlichen zu handeln sei. Doch eine solche Interpretation ist nicht unumstritten, da viele Quellen darauf hindeuten, dass auch früher der Arzt durchaus die Perspektive des Kranken in seinem Heilungsplan mit berücksichtigt hat.

In jedem Fall sind im Hippokratischen Eid zumindest drei Prinzipien benannt, die sich auch in der modernen Bioethik-Diskussion wiederfinden. Indem Beauchamp und Childress in ihrem berühmten Lehrbuch „Principles of Medical Ethics“ die vier Prinzipien Respekt vor der Autonomie, Prinzip des Nichtschadens (nonmaleficence), Prinzip der Fürsorge (beneficence) und das Prinzip der Gerechtigkeit (s. Tab. 1) als die tragenden medizinethischen Prinzipien benannt haben, sind sie damit einerseits

1 Entgegen der weit verbreiteten Meinung vieler war der Hippokratische Eid anfänglich nur für eine kleine Gemeinschaft von Ärzten verbindlich. Erst mit dem Ausgang der Antike, mit dem Aufkommen des Christentums begann er so weit zum allgemeinen ärztlichen Denken zu passen, dass er sich allgemeiner durchsetzte. Spätestens seit dem Mittelalter lässt sich eine Rezeption des Textes belegen.

Erbe einer langen arztethischen Tradition. Gleichzeitig aber sind sie Erneuerer dieser Tradition, indem sie das Prinzip der Autonomie als neues Prinzip explizit aufführen und diesem eine besondere Bedeutung beimessen.[2]

Tab. 1 Schematische Übersicht der von der Prinzipienethik vorgeschlagenen medizinethischen Prinzipien mittlerer Reichweite (nach Beauchamp und Childress 2013)

Medizinethische Prinzipien
Prinzip der Autonomie
Prinzip der Fürsorge
Prinzip des Nichtschadens
Prinzip der Gerechtigkeit

1.3 Das Prinzip der Autonomie

Grundlage des Autonomie-Prinzips ist die Anerkennung der grundsätzlichen Freiheit des Menschen, die es gebietet, jede Handlung am Menschen immer danach zu beurteilen, ob diese den Respekt vor der Freiheit des anderen zur Geltung bringt.

Aus diesem Grund ist in der Medizin der sogenannte „informed consent", die Einwilligung nach Aufklärung, zur Vorbedingung eines jeden Eingriffs gemacht worden. Mit der Einholung der Einwilligung wird somit der Respekt der Autonomie zur Geltung gebracht.

Das Prinzip der Autonomie hat seinen semantischen Ursprung aus der griechischen Antike, in der mit der Autonomie die Selbstgesetzgebung des Staates gemeint war. Der ursprüngliche Kontext des Autonomiebegriffs ist somit ein vornehmlich politischer Kontext. Bemerkenswerterweise hat auch die moderne Verwendungsweise des Autonomiebegriffs in der Medizin als ein Ausdruck des mündigen Bürgers eine politische Implikation, auch wenn damit allein die heutige Hinwendung zur Autonomie nicht erklärbar wird. Wenn wir fragen, warum das Autonomieprinzip heute in gewisser Weise zu einem Leitprinzip der Medizinethik geworden ist, so lassen sich hierfür mindestens drei zentrale Zusammenhänge festmachen.

1. Ein wesentlicher Grund für die heutige Betonung der Autonomie liegt darin, dass die Autonomie des Patienten lange Zeit von der Medizin selbst nicht hinlänglich respektiert worden ist. Der gegenwärtige Rekurs auf die Autonomie ist zum Teil als Ausdruck einer Abwehrreaktion auf eine ursprünglich paternalistische Medizin zu verstehen, somit als Gegenmittel gegen historisch gewachsene Konventionen, die nicht mehr vereinbar schienen mit den veränderten Rahmenbedingungen einer modernen Gesellschaftsordnung. Eine sol-

2 Bezeichnenderweise haben Beauchamp und Childress in der siebsten Auflage ihres Lehrbuches von 2013 betont, dass sie das Prinzip der Autonomie nicht besonders betonen, sondern es gleichrangig mit den anderen drei betrachten wollten (s. Beauchamp u. Childress 2013).

che anti-paternalistisch geprägte Forderung legte daher besondere Betonung auf die Befreiung von äußerer Beeinflussung, auf die Vermeidung von Beeinträchtigung.

2. Ein weiterer zentraler Grund für den gängigen Rekurs auf die Autonomie liegt darin, dass gerade in der Postmoderne ein Konsens darüber, was ein gutes Leben ist, was ein gutes Sterben bedeuten kann, kaum erzielt werden kann, weil es unterschiedliche Wertbegründungssysteme gibt, die gleichzeitig Gültigkeit haben. Bei einem weitgehend fehlenden religiösen und metaphysischen Konsens scheint die freie Entscheidung des Einzelnen das Einzige zu sein, wovon eine moralische Autorität abgeleitet werden kann. Eine Gesellschaft, die ein vorgegebenes Raster für die Bewertung des guten Lebens oder des guten Sterbens nicht akzeptieren kann und möchte, scheint sich nur noch darauf verständigen zu können, dass es dem Einzelnen überlassen bleiben muss, solche Werte zu setzen. Daher macht unsere Gesellschaft das Prinzip der Autonomie zum Garanten einer für alle akzeptablen Ethik. Hier muss natürlich mit bedacht werden, dass eine solche Ethik in gewisser Weise eine inhaltliche Resignation darstellte, denn sie würde sich damit allein auf das Verfahren zur Benennung einer Norm einigen. Beim Inhalt dieser Norm würde eine solche Ethik ihre Unzuständigkeit erklären müssen. So setzt diese Konzeption von Autonomie voraus, dass jeder Einzelne beliebig auswählen kann, weil es ja übergeordnete Orientierungen nicht gäbe. Daher ist zu fragen, ob von einer Ethik nicht mehr erwartet werden kann als allein die Einigung auf das Verfahren.
3. Die ersten beiden Erklärungen für die heutige Betonung der Autonomie als ethisches Prinzip waren eher sozialer Art und stehen in Bezug zu der besonderen Gesellschaftsform der heutigen Zeit. Doch die zentrale Erklärung für die heutige Verwendung ethischer Prinzipien ist in den Traditionen philosophischen Denkens zu suchen. So ist für die heutige Ausbildung des Autonomiegedankens mehr als der Paternalismus und mehr als der Pluralismus vor allem der Einfluss von Immanuel Kant von Bedeutung (auch wenn die moderne Autonomie-Konzeption sich mit der Kantschen nicht mehr deckt [s. Maio 2012]). Die Pflichtenethik von Immanuel Kant nimmt weniger die Individualität des Einzelnen zum Ausgangspunkt als vielmehr die Selbstgesetzlichkeit eines jeden Menschen, die es verbietet, dass der Mensch in den Dienst Dritter gestellt werde. Grundlage ist hier die Anerkennung eines jeden Menschen als ein sittliches Subjekt, woraus die grundsätzliche Unverfügbarkeit des Menschen für Dritte resultiert. Die Autonomie zu respektieren bedeutet nach dieser Konzeption das Verbot der Instrumentalisierung des Menschen. Jede Benutzung des Menschen zu rein subjektäußeren Zwecken wäre nach dieser Konzeption ein Verstoß gegen die Autonomie, weil sie die Selbstzwecklichkeit des Menschen missachtete.

1.4 Das Prinzip des Nichtschadens

Das Prinzip des Nichtschadens gehört zu den ältesten handlungsleitenden Prinzipien der Medizin. Pflichtentheoretisch haben wir es bei dem Nichtschadensprinzip mit einer negativen Pflicht zu tun, mit einer Unterlassungspflicht, die den Vorteil hat, dass sie eine unmittelbare und konkrete Pflicht darstellt. Dem anderen einen Scha-

den zufügen bedeutet, seine Rechte verletzen. Daher beruht das Prinzip des Nichtschadens letztlich auf der Anerkennung der Grundrechte des Anderen. Die Verpflichtung dazu, keinen Schaden zuzufügen, ist somit Resultat einer Anerkennungspflicht.

Mag die Pflicht, keinen Schaden zuzufügen, zwar formal konkret sein, wenn man aber versucht, sie über das Formale hinaus inhaltlich zu füllen, wird man sich sehr bald vom Anspruch einer allgemeinen und universalen inhaltlichen Bestimmung des Schadens befreien müssen und feststellen, dass es so etwas wie einen ganz objektiven und für alle und allezeit gültigen Schaden im Grunde nicht gibt.

Jay Katz hat schon 1972 für eine Einteilung des Schadens anhand der damit verletzten Rechte plädiert. Als wesentliche Rechte benennt Katz das Selbstbestimmungsrecht, das Recht auf psychische Integrität und das Recht auf physische Integrität (Katz 1972). Hieraus wird schon deutlich, wie eng das Prinzip des Nichtschadens mit dem Prinzip der Autonomie verbunden ist. Eine andere Möglichkeit der näheren Bestimmung des Schadens ist vom amerikanischen Bioethiker Meslin entwickelt worden (Meslin 1989: 17ff.). Meslin unterscheidet zwischen objektivem und subjektivem Schaden (s. Tab. 2).

Tab. 2 Schematische Einteilung der Schadensarten (nach Meslin 1989)

Mögliche Definition des Schadens	
1.	**Objective harm**
1.1	Impairment of physical function
1.2	Injury
1.3	Setback of interests
2.	**Subjective harm**
2.1	Pain
2.2	Frustration of a preference
2.3	Moral harm

Mit diesen Hinweisen soll deutlich werden, dass die Definierung des Schadens und damit die Konkretisierung des Nichtschadensprinzips eine komplexe Angelegenheit sein kann. Wer auf das Prinzip, nicht zu schaden, rekurriert, müsste demnach näher erläutern können, von welchem Schadensbegriff er ausgeht, um dieses Prinzip argumentativ überzeugend anwenden zu können.

1.5 Das Prinzip der Fürsorge

Beauchamp und Childress haben mit gutem Grund darauf bestanden, dass die Schadensvermeidungspflicht eindeutig von der Pflicht der Hilfe bzw. der Fürsorge[3] abgegrenzt wird. Die Unterscheidung zwischen Fürsorge bzw. Hilfe und Schadensvermeidung ist deswegen moralisch so relevant, weil diese beiden Prinzipien pflichtentheo-

3 Synonym wird dieses Prinzip auch als Prinzip des Wohltuns oder als Prinzip der Benefizienz bezeichnet. Manche Autoren subsumieren unter das Prinzip der Fürsorge das Prinzip der Schadensvermeidung und das Prinzip des Wohltuns. Mir erscheint es von der Tradition und der Theorie des Prinzips her gerechtfertigt, unter das Prinzip der Fürsorge allein das sogenannte „principle of beneficence“ zu subsumieren und das Schadensvermeidungsprinzip davon abzugrenzen. Daher wird hier das Prinzip der Fürsorge synonym für „principle of beneficence“ benutzt.

retisch auf zwei unterschiedliche Pflichtarten basieren. Während es sich bei der Schadensvermeidungspflicht um eine negative Unterlassungspflicht handelt, stellt die Pflicht zur Hilfe eine positive Tugendpflicht dar, die im Vergleich zur negativen Pflicht relativ unbestimmt ist. Der wesentliche Unterschied zwischen der negativen Unterlassungspflicht und der positiven Tugendpflicht besteht aber gerade darin, dass die Unterlassungspflicht als Anerkennungspflicht eine stärkere Bindungskraft hat als die Pflicht zur Hilfe. Im Zweifelsfall kommt der Unterlassungspflicht durch ihren Anerkennungscharakter eine stärkere Gewichtung zu als der Tugendpflicht. Es gibt freilich Ausnahmen dieser lexikalischen Ordnung; man denke nur an die Impfpflicht. Vor allem aber ist eine Ausnahme von dieser Hierarchie gerade dann gegeben, wenn die Verpflichtung zur Hilfe nicht mehr als Tugendpflicht gesehen, sondern ihr ein Rechtspflichtcharakter zugesprochen wird. Ein Beispiel für die Hilfsverpflichtung als Rechtspflicht ist die Verpflichtung zur Rettung des Menschenlebens im Notfall. Hier wird dem Helfer sogar ein Schaden zugemutet (z.B. zu spät zur Arbeit zu kommen oder sich den Anzug zu ruinieren), weil das Gut der Lebensrettung sehr hoch ist. Dies zeigt schon auf, dass diese Hierarchie in der Regel zutreffen kann, dass es aber auch hier um die Qualität und das Ausmaß der Hilfe und des Schadens ankommt. Erst die Abwägung dieser beiden Momente wird im Zweifelsfall Klarheit über die tatsächliche lexikalische Ordnung geben. In der Regel, so lässt sich festhalten, kommt der Pflicht zur Hilfe eine geringere moralische Kraft zu als der Pflicht zur Schadensvermeidung. Diese Hierarchie mag in Konflikt geraten mit dem ärztlichen Selbstverständnis, weil gerade der Hilfscharakter ärztlichen Tuns die zentrale Basis der ärztlichen Identität darstellt.

Es besteht ein großer Unterschied zwischen Schadensvermeidungsprinzip und Fürsorgeprinzip. Doch wie sind beide Prinzipien konkret auseinander zu halten? Fällt z.B. die Abwendung eines Schadens von einem Patienten unter das Schadensvermeidungsprinzip oder unter das Prinzip der Fürsorge? Angesichts dessen, dass diese Verpflichtung, wenn wir sie als negative Verpflichtung definieren dürften, eine stärkere Bindungskraft hätte als wenn sie „nur“ eine positive Tugendpflicht bliebe, ist diese Frage für die Klärung vieler medizinethischer Konflikte von ganz entscheidender Bedeutung. Hierzu haben Beauchamp und Childress die in Tabelle 3 dargestellte Klassifikation vorgeschlagen.

Tab. 3 Unterscheidung des Schadensvermeidungsprinzips vom Prinzip der Fürsorge (nach Beauchamp u. Childress 2013: 115)

I. Nonmaleficence
1. One ought not to inflict evil or harm.
II. Beneficence
1. One ought to prevent evil or harm.
2. One ought to remove evil or harm.
3. One ought to do or promote good.

Das Prinzip des Nichtschadens (s. Tab. 4) bezieht sich allein auf die Verpflichtung der Medizin, von sich aus dem Kranken keinen Schaden zuzufügen.

Die Konkretisierung des Fürsorgeprinzips ist ohne eine Rückbindung an die Wertehierarchie des Kranken nicht möglich, weil es letztlich nur von der Perspektive des Patienten selbst abhängt, was konkret eine Hilfe ist und was nur gut gemeint, aber eher eine Belastung oder eine ungerechtfertigte Bevormundung für den Patienten darstellt.

Tab. 4 Pflichtentheoretische Unterscheidung der Schadensvermeidungspflicht von der Pflicht zur Fürsorge

Hilfspflicht	Pflicht des Nichtschadens
Positive Pflicht	Negative Pflicht
Unvollkommene Pflicht	Vollkommene Pflicht
Mittelbare Pflicht	Unmittelbare Pflicht
Tugendpflicht	Anerkennungspflicht
I.d.R. geringe Bindungskraft	I.d.R. hohe Bindungskraft

1.6 Das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge

Die Respektierung der Autonomie des Kranken stellt die grundlegendste Maxime ärztlichen Handelns dar. Die Respektierung der Autonomie ist jedoch nicht gleichzusetzen mit der unhinterfragten Befolgung eines Patientenwillens.

Eine solche Handhabung wäre eine sehr verkürzte Konzeption von Autonomie. Der Respekt der Autonomie erfordert vielmehr ein kritisches Hinterfragen, ob denn alle Bedingungen erfüllt sind, die einen geäußerten Patientenwunsch zu einem autonomen Wunsch machen. Diese Bedingungen zu beurteilen ist im klinischen Alltag oft eine komplexe Herausforderung. Doch selbst wenn alle Bedingungen erfüllt sind, kann die Entscheidung schwierig bleiben. So wird es dem Arzt schwer fallen, den Willen des Patienten zu respektieren, wenn dessen Wille mit anderen medizinethischen Prinzipien in Kollision gerät, wie folgendes Beispiel verdeutlicht:

Fallbeispiel 2

Ein 74-jähriger Mann erleidet bei einem Traktorunfall einen Bruch der Wirbelsäule, bei dem das Rückenmark auf der Höhe des 7. Halswirbelkörpers verletzt wird und eine hohe Querschnittslähmung eintritt, von der beidseitig alle Gliedmaßen betroffen sind. Der Patient kommt im Schock ins Universitätsspital, muss zunächst beatmet werden, erholt sich aber rasch und ist am 3. Tag vollkommen klar und orientiert. Er kann von der Beatmungsmaschine genommen werden, sodass ganz normal mit dem Patienten gesprochen werden kann. Er zeigt sich sehr bestürzt von der Diagnose, die ihm der Oberarzt in aller Ruhe mitteilt. Alle Angehörigen des Patienten sind vor Ort, und er hat Gelegenheit, auch mit diesen in ruhiger Atmosphäre zu sprechen. Weil der Patient vor einem Jahr an einem Lymphknotenkrebs er-

krankt war, hatte er bereits eine Patientenverfügung ausgestellt, in der er für den Fall einer schwerwiegenden Erkrankung das Absehen intensivmedizinischer Maßnahmen verfügt hatte.

Nach anfänglicher Stabilität zeichnete sich am Folgetag eine zunehmende Lähmung auch der Atemmuskulatur ab, sodass eine erneute Beatmung notwendig wurde. Der Arzt teilte dem noch stabilen Patienten mit, dass er sich auf eine erneute Beatmung einstellen müsse. Auf die Frage, ob er denn von der Maschine je wieder weg käme und ob die Lähmung sich gegebenenfalls bessern würde, musste der sehr erfahrene Oberarzt erklären, die Beatmung würde nach menschlichem Ermessen auf Dauer notwendig bleiben, man könne aber ein Heimbeatmungsgerät besorgen. Die Lähmungen jedoch würden aller Voraussicht nach sich nicht zurückbilden; er könne aber mit dem Beatmungsgerät bei vollem Bewusstsein viele Jahre weiterleben. Daraufhin sagt der Patient bei klarem Bewusstsein, er wolle unter den Bedingungen lieber nicht weiterleben, und bittet den Arzt, ihn nicht an die Beatmungsmaschine zu hängen, sondern ihn sterben zu lassen. Der Arzt fragt den Ethiker, ob er denn den Patientenwunsch tatsächlich respektieren soll.

Dem Arzt fällt es hier schwer, keine Beatmung vorzunehmen, weil er weiß, dass er mit der Maßnahme den Patienten retten und ihn sogar zu einem späteren Zeitpunkt bei vollem Bewusstsein mit Heimbeatmungsgerät nach Hause schicken könnte. Es fällt ihm deswegen schwer, weil das Prinzip der Autonomie scheinbar mit dem Prinzip der Fürsorge kollidiert. Von seiner Identität her ist der Arzt auf Heilung und auf Erhaltung des Lebens ausgerichtet. Hier müsste er auf eine solche Erhaltung verzichten, nicht weil die Erhaltung sinnlos wäre, sondern weil der Patient sie nicht möchte. Zur Lösung dieses Falles müsste zunächst geklärt werden, wie selbstbestimmt der Wille ist. Von besonderer Relevanz sind hier das Kriterium des Verstehens und das der Authentizität. Das Kriterium der *Freiwilligkeit* ist nicht sehr strittig, weil die Angehörigen sich liebevoll um ihn kümmern und kein Anlass besteht anzunehmen, dass der Patient nur deswegen den Tod wünscht, weil die Angehörigen ihn dazu bedrängen oder ihm signalisieren, dass sie die Pflege nicht übernehmen wollen. In Bezug auf das *Verstehen* müsste gesichert sein, dass der Patient auch wüsste, wie das Leben mit einem Heimgerät wäre. Er müsste wissen, dass es viele Möglichkeiten gibt, auch in komplett gelähmtem Zustand an der Gesellschaft teilzunehmen, und dass das Heimbeatmungsgerät die Interaktion mit anderen Menschen zulassen würde. Das Kriterium der *Authentizität* ist hier das Schwierigste, weil nicht eindeutig auszumachen ist, ob der Patient die Ablehnung vor dem Hintergrund seines Lebensentwurfs ausspricht oder diese Ablehnung nur im Schock geschieht. Die Tatsache allerdings, dass eine Patientenverfügung vorliegt, spricht eher für eine authentische Willensbildung. Damit kann festgehalten werden, dass hier weitgehend sicher eine autonome Entscheidung vorliegt. Eine Behandlung wäre vor diesem Hintergrund eine Zwangsmaßnahme, die moralisch nicht gerechtfertigt werden kann. Ein Wille muss auch dann berücksichtigt werden, wenn der Arzt ihn nicht teilt. Der Arzt kann sich dem Willen nur dann entgegenstellen, wenn Suizidalität oder Fremdgefährdung vorliegen. Beides scheidet hier aus. Zwar ist der Fürsorgeaspekt des Arztes nicht irrelevant, aber im Vergleich zur Selbstbestimmung des Patienten überwiegt eindeutig die Autonomie. Die Garantenpflicht des Arztes findet dort ihre Grenze, wo sie zur Zwangsbehandlung wird. Daher muss der Arzt auch einen klar formulierten und wohlbegründeten Willen gegen eine ärztliche Behandlung respektieren. Es stellt sich allerdings die Frage, wie viel der Arzt investieren muss, um einem solchen Patienten

neuen Lebensmut zu geben. Ein schematisches Befolgen ohne ernsthaftes Engagement wäre wohl eine fragwürdige Reaktion.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Konflikte zwischen den Prinzipien der Fürsorge und der Autonomie sind oft dadurch aufzulösen, dass man nochmals nach den Bedingungen für eine autonome Entscheidung fragt. Oft sind diese Bedingungen nicht erfüllt, sodass man dann nicht im Sinne des Patienten handeln würde, wenn man sich auf einen solchen Willen stützte. Im Falle einer tatsächlich autonomen Entscheidung hingegen überwiegt eindeutig das Prinzip der Autonomie, sodass ein Übergehen des Patientenwillens mit dem Argument der Fürsorge moralisch schwer gerechtfertigt werden kann, weil Fürsorge ohne Respektierung der Autonomie nicht denkbar ist.

> *Die Respektierung der Autonomie des Patienten kann nur in einem umfassenderen Sinne verstanden werden. Sie kann nur dann realisiert werden, wenn der Arzt sich der Belange des Patienten annimmt und versucht, ihm soweit es geht durch die helfende Unterstützung die Autonomie zurückzugeben, die er braucht, um seinen eigenen Weg im Umgang mit der Krankheit zu finden.*

1.7 Das Prinzip der Gerechtigkeit

In den letzten Jahren hat die Bedeutung des Gerechtigkeitsprinzips für die Medizin deutlich zugenommen; dies betrifft zum einen den intensiv diskutierten Komplex der gerechten Allokation knapper Organe. Ganz entscheidend hat jedoch gerade die zunehmende Ausrichtung der Medizin an den Gesetzlichkeiten der Marktwirtschaft (s. Maio 2014a) dazu beigetragen, dass heute das Prinzip der Gerechtigkeit auch und gerade für die Medizin als ein Kernprinzip betrachtet wird.

Auf das komplexe Feld der Definition von Gerechtigkeit seien hier lediglich einige schematische Schlaglichter geworfen, die aufzeigen sollen, dass es – ähnlich wie bei den anderen Prinzipien – keine Gerechtigkeit als solche gibt, sondern dass je nach Theorie verschiedene Modelle der Gerechtigkeit formuliert werden können. Wenn wir uns allein auf die Verteilungsgerechtigkeit konzentrieren, so lassen sich zumindest die vier folgenden Modelle ausmachen.

1. **Gleichheitsmodell**: Nach diesem Modell ist Gerechtigkeit gerade dann verwirklicht, wenn die größtmögliche Gleichheit erreicht wird. Das heißt, dass Maßstab einer gerechten Zuteilung nur die Gleichverteilung wäre, und zwar ganz unabhängig von den Bedürfnissen oder der individuellen Situation des Patienten. Für die Medizin hat dieses Modell die weitreichende Implikation, dass jeder Patient mit dem gleichen Krankheitsbild zumindest theoretisch den gleichen Zugang zur gleichen Behandlung haben müsste, damit keine Ungerechtigkeit entsteht. Davon unabhängig kann natürlich jeder Patient eine solche Behandlung ablehnen, aber es wäre nach diesem Modell ungerecht, wenn der eine Patient mit derselben Erkrankung eine teure Behandlung bekommt und ein anderer Patient, der gleich betroffen ist, diese aus ökonomischen Gründen nicht erhielte. Das Gleichheitsmodell wird jedoch in der Medizin gerade dort auf Plausibilitätsdefizite stoßen, wo Gleichheit verabsolutiert wird und andere Zuteilungskriterien wie z.B. das der Bedürftigkeit außer Acht gelassen werden.

2. **Freiheitsmodell**: Eine andere Form, Gerechtigkeit zu definieren, besteht darin, sie nicht nach dem Maximum an Gleichheit, sondern nach dem Maximum an Freiheit zu bemessen. Nach einem solchen liberalistischen Konzept wäre Gerechtigkeit am ehesten dadurch zu erreichen, dass jedem die größtmögliche Wahlfreiheit gelassen wird. Bezogen auf die Medizin hätte ein solches Modell am ehesten zur Folge, dass vor allem der Markt und die ökonomische Situation des Patienten die Verteilungsmodi bestimmten.
3. **Effizienzmodell**: Ein weiteres Kriterium der gerechten Zuteilung wäre das Kriterium der Effizienz. Unter Effizienz versteht man ein gutes Verhältnis von Nutzen und Kosten. Eine Behandlung ist dann effektiv, wenn sie ihr gesetztes Ziel erreicht. In der Definition der Effektivität spielt der Aufwand, der für die Erreichung des Zieles aufgebracht werden muss, keine Rolle. Wenn man danach fragt, wie groß der Aufwand sein darf, um das gesteckte Ziel zu erreichen, dann bewegt man sich auf der Ebene der Effizienz. Eine effektive Maßnahme könnte ab dem Moment ineffizient sein, da der Preis, den man für die Maßnahme zahlen müsste, zu hoch wäre. Beispiel: „Um wie viel besser muss die Wirkungsweise eines neuen Arzneimittels gegenüber dem Standardmittel sein, um seinen höheren Preis aufzuwiegen? Wie viel darf eine Behandlung kosten, deren Effektivität nur wahrscheinlich oder nur marginal ist?“ (Birnbacher 2002: 158) Wer Gerechtigkeit nach dem Effizienzmodell bemisst, wird argumentieren, dass es besser wäre, die Ressourcen so zu verteilen, dass aus ihnen der größtmögliche Nutzen generiert werden kann. Im Zweifelsfall würde dieses Modell es zulassen, dass einzelne Patienten auf sinnvolle Maßnahmen verzichten, damit anderen, bei denen der Behandlungserfolg größer ist, eher geholfen werden kann. Der große Nachteil des Effizienzmodells liegt darin, dass er zu einer Benachteiligung einzelner Gruppen führen kann. Der Vorteil ist der, dass dadurch Ressourcen gezielt eingesetzt werden.
4. **Solidaritätsmodell**: Nach dem Solidaritätsmodell hat die Zuteilungsart Vorrang, bei der die Verbesserung der Gesundheit derer, denen es am schlechtesten geht Vorrang hat. Somit ist das Solidaritätsmodell ein Gegenpol zum Effizienzmodell, weil es davon ausgeht, dass eine Einbuße an Effizienz in Kauf genommen werden muss, damit denen zuerst geholfen wird, deren Bedarf am größten ist. Somit ist gerade die Bedürftigkeit das entscheidende Kriterium, wonach sich das Solidaritätsmodell orientiert. Den am meisten Bedürftigen kommt nach diesem Modell eine moralische Priorität zu, und im Interesse dieser Bedürftigen nähme man eine Einbuße an Effizienz, eine Einbuße an Gleichheit und eine Einbuße an Freiheit in Kauf.[4]

Die Darlegung zeigt, dass wir auch und gerade beim Prinzip der Gerechtigkeit inhaltlich noch gar nichts entschieden haben, wenn wir uns auf dieses Prinzip berufen, so lange wir uns nicht festlegen, auf welches Modell von Gerechtigkeit wir rekurrieren wollen. Es liegt auf der Hand, dass man am ehesten dann zu einer guten Lösung ethischer Konflikte kommt, wenn man lernt, diese vier Gerechtigkeitsmodelle in einem gesunden Verhältnis nebeneinander als allesamt berechtigte Modelle betrachtet und je nach Situation dem einen oder dem anderen Modell den Vorzug gibt, ohne die anderen Konzepte je ganz aus den Augen zu verlieren.

4 Wie man diese Bedürftigkeit wiederum messen soll und kann, ist eine umstrittene Frage.

1.8 Praktische Anwendung der medizinethischen Prinzipien

Fallbeispiel 3

Ein 48-jähriger Patient mit bekannter alkoholbedingter Leberzirrhose wird vom Hausarzt mit Verdacht auf eine Magenblutung zur weiteren Abklärung in die Notaufnahme eingewiesen. Dort wird der Patient plötzlich blau und trübt ein, sodass er notfallmäßig intubiert und beatmet werden muss. Auf der Intensivstation entwickelt er eine schwere Lungenentzündung (Aspirationspneumonie), die nicht kuriert werden kann. Im weiteren Verlauf entsteht ein akutes Nierenversagen. Die Mutter des Patienten berichtet, er habe in den letzten Wochen mehrfach geäußert, dass er nicht mehr leben und sich zu Tode trinken wolle. Auf der Intensivstation wird diskutiert, ob es überhaupt gerechtfertigt ist, bei einer sehr eingeschränkten Gesamtprognose so eine extrem teure Behandlung vorzunehmen, die der Patient angesichts seiner Suizidalität sicher nicht gewollt hätte. Daher wurde eine Ethikberatung erbeten.

Dieser Fall ist besonders instruktiv, weil er alle vier medizinethischen Prinzipien berührt. Zunächst zum **Prinzip der Gerechtigkeit**, das den zentralen Beweggrund für das Anfordern einer Ethikberatung dargestellt hatte. Das Argument der Station lautete, dass möglicherweise Ressourcen vergeudet werden, die an anderer Stelle wieder fehlten. Mit dieser Argumentation hatte die Station implizit auf das Effizienz-Modell der Gerechtigkeit rekurriert. Kann ein solches Gerechtigkeitsmodell in dieser Situation tauglich sein? Für den Fall, dass man mit der Weiterbehandlung dem Patienten doch noch eine Hilfe anbieten könnte, wäre es – zumindest für den Arzt als Helfer – sicher nicht zulässig, diese Hilfe dem Patienten nur mit der Begründung vorzuenthalten, dass der Preis dafür der Klinik zu hoch sei. Damit würde man dem Patienten zumuten, dass er auf sein Leben verzichte, um die Effizienz zu steigern oder indirekt anderen Menschen eine „größere" Hilfe zu ermöglichen. Eine solche Zumutung ließe sich moralisch nicht rechtfertigen, weil das Leben des Patienten für den Patienten selbst alles bedeutet und ihm ein solches Opfer daher nicht abverlangt werden könnte. Daraus lässt sich folgern, dass das Effizienz-Modell allein sicher für solche Situationen kein geeignetes Modell sein kann, um zu einer guten ethischen Lösung zu gelangen.

Wo es in der Medizin um die Hilfe für Menschen in Not geht, kann man kein Gerechtigkeitsmodell wählen, das nicht zumindest in Ansätzen das Solidaritätsmodell zur Grundlage machte, weil man ansonsten in Kauf zu nehmen bereit sein müsste, gerade diejenigen, denen es am schlechtesten geht, im Stich zu lassen. Vor dem Hintergrund des Solidaritätsmodells erschiene es daher sogar geboten, diesem schwerstkranken Patienten die Maßnahmen zukommen zu lassen, die ihm helfen können und entsprechende Engpässe in der Finanzierung eher auf diejenigen zu verteilen, die in einer besseren Verfassung als dieser Patient sind.[5]

So wird deutlich, dass die zentrale Frage weniger die Frage der Ressourcen ist als vielmehr die Frage der Sinnhaftigkeit der Weiterbehandlung. Ist überhaupt von einem Nutzen für den Patienten auszugehen? Wie würde man hier den Nutzen definieren?

5 Natürlich bleibt die Frage offen, wie sicher ein Nutzen erwartet werden darf, um überhaupt als Nutzen bewertet zu werden. Wenn trotz aller prognostischen Unsicherheit zumindest nach menschlichem Ermessen ein Nutzen nicht zu erwarten ist, muss die Sinnlosigkeit der Behandlung zugestanden werden.

Was ist das Therapieziel? Und so kommen wir zum **Prinzip der Fürsorge**. Das Unbehagen des Behandlungsteams bezog sich explizit auf die Ressourcen aber implizit doch eher auf das Fürsorge-Prinzip, weil offensichtlich unausgesprochen Konsens darüber herrschte, dass selbst eine Fortsetzung der Maximaltherapie auf Intensiv für den Patienten keine Hilfe mehr bedeuten würde, nachdem mit dem Ausfall von Leber, Lunge und Niere ein Multiorganversagen vorlag. Ab dem Moment, da die Sinnlosigkeit der Behandlung zugestanden wird, ist es notwendig, das Prinzip der Fürsorge nicht mehr im Anbieten von (kurativ ausgerichteten) Behandlungsstrategien, von Apparaten und invasiven Maßnahmen realisiert zu wissen. Vielmehr ist es in einem solchen Falle notwendig, ein neues (palliatives) Therapieziel zu definieren und das Prinzip der Fürsorge nunmehr in einer ganz anderen Ausrichtung zu sehen, nämlich in der Konzentrierung auf die Linderung von Symptomen, in der Betonung der menschlichen Zuwendung und in der Förderung der Haltung des Geschehenlassens, des Zulassens, des In-Ruhe-Abwartens.

Ab dem Moment, da im Team klar wurde, dass man in der Tat kein kuratives Therapieziel mehr hatte – weil alle davon überzeugt waren, dass dieser Patient nie mehr von der Beatmungsmaschine wegkommen würde –, war auch allen klar, dass die Maximaltherapie nicht weiter fortgesetzt werden dürfte. Diese Überzeugung hängt auch damit zusammen, dass in diesem Falle neben dem Prinzip der Fürsorge auch das **Prinzip der Schadensvermeidung** ins Spiel kommt, denn eine Fortsetzung einer sinnlosen Behandlung bedeutet ja nicht nur einen unnötigen und damit ungerechten Verbrauch von Ressourcen, sondern – was noch viel schwerer wiegt – eine Zufügung von Schaden. Die künstliche Beatmung ist für sich genommen belastend und das Aufhalten eines Sterbeprozesses ist es ebenso. Der Patient würde durch Fortsetzung der Maximaltherapie am Sterben gehindert, ihm würde dadurch etwas zugemutet, ohne dass man ihm auf der Gegenseite einen nennenswerten Benefit von dieser belastenden Behandlung anbieten könnte. So wird deutlich, dass es vor allem das Zusammenkommen des Prinzips der Schadensvermeidung und des Prinzips der Fürsorge ist, was den Ausschlag für eine Therapiebegrenzung hier geben müsste.

Schließlich – und nicht zuletzt – ist auch das **Prinzip der Autonomie** in diesem Fall tangiert. Das Behandlungsteam verweist auf die Suizidalität des Patienten als Argument für das Sistieren der Therapie. Eine solche Argumentation ist nicht stichhaltig. Ein suizidaler Patient kann nicht zwangsläufig beanspruchen, dass seinem Sterbewillen Folge geleistet werde. Vielmehr bedeutet die Suizidalität einen Auftrag, alles zu tun, um den Patienten aus seiner Verzweiflung herauszuholen.[6] Wenn das Prinzip der Autonomie hier tangiert ist, dann nicht im Kontext der Suizidalität, sondern in dem Sinne, dass bei gegebener Sinnlosigkeit der Behandlung davon auszugehen ist, dass der Patient – selbst wenn er nicht suizidal wäre – immer noch vorziehen würde zu sterben, weil das weitere Verhindern des Sterbens ohne Therapieziel einer Instrumentalisierung seiner Person gleichkäme.

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie die Prinzipienethik dazu beitragen kann, eine schwierige Entscheidungssituation so zu strukturieren, dass nach Durchdeklinierung der verschiedenen Prinzipien die Lösung des ethischen Konfliktes leichter fällt, allein weil die Anwendung der Prinzipien die Problemstruktur deutlicher werden lässt.

6 Ein schwieriges Problem stellen die so genannten Bilanzsuizide dar, die eben nicht aus Verzweiflung, sondern als Folge einer rationalen Abwägung entstehen.

1.9 Weitere medizinethische Methoden

Mit den vier erläuterten Prinzipien sind Grundlagen der ethischen Argumentation benannt, deren Kenntnis für die Klärung vieler ethischer Problemfelder in der Medizin hilfreich sein kann. Gleichwohl muss bei der Beschäftigung mit diesen Prinzipien mit bedacht werden, dass eine solche Prinzipienethik zwar einen einflussreichen, aber eben doch nur einen Ansatz unter anderen darstellt, medizinethische Problemfelder zu lösen. Ein zentraler Kritikpunkt an der Prinzipienethik ist, dass die Prinzipien der Komplexität der Entscheidungssituationen oft nicht gerecht werden können, weil sie wenig empfänglich sind für den wertbeladenen Kontext, in dem Entscheidungen abverlangt werden. Aus diesem Defizit heraus haben manche Medizinethiker alternative methodische Zugänge entwickelt, wovon eine Auswahl kurz dargelegt werden soll.

1. Eine prominente alternative Methode der Medizinethik ist die **narrative Medizinethik**. Diese lenkt den Fokus weg von abstrakten Theorien hin zur individuellen Interpretation. Maßgeblich für die narrative Ethik ist das dem Patienten eigene Deutungsmuster, das letztlich als Produkt der Lebensgeschichte des Patienten verstanden werden kann. Nach der narrativen Ethik kommt es somit auf die Vergegenwärtigung der dem Patienten spezifischen Lebens- und Krankengeschichte an, und nur aus dem Verstehen dieser Geschichte lässt sich das ethische Problem lösen (Maio 2015).
2. Ein anderer methodischer Zugang ist die **Fürsorgeethik**. Ähnlich wie die narrative Ethik übt auch die Fürsorgeethik („care ethics“) Kritik an der Kontextarmut der Prinzipienethik und hebt den relationalen und auch sozialen Kontext medizinethischer Probleme hervor. Sie orientiert sich vornehmlich an den Beziehungen, in denen der Patient steckt, und betont weniger die rationale Struktur der Entscheidungen als vielmehr die emotionalen Antworten der Individuen mit ihren je eigenen Selbstverständnissen. Das Bewusstsein um die gegenseitige Abhängigkeit der Menschen bildet eine Grundlage der Fürsorgeethik. Die Konflikte werden weniger durch die Herstellung einer objektiven Distanz (Analyse und Anwendung von Prinzipien) gelöst als durch den Appell an geteilte Intuitionen und durch das empathische Sicheinbringen für den Anderen.
3. Eine weitere gar nicht so neue Bioethik-Methode stellt die **Kasuistische Medizinethik** dar. Nach diesem Ansatz lassen sich medizinethische Konflikte lösen, indem man sich an paradigmatischen Fällen orientiert. Die Kasuistische Bioethik geht davon aus, dass der einzelne Fall aus der Kenntnis der Palette von denkbaren Fallgeschichten gelöst werden kann. Dieser Ansatz ist ein dem Pragmatismus verschriebener Ansatz, bei dem es weniger um die Anwendung von Prinzipien geht als vielmehr um eine handhabbare Lösung. Genauso wie die Philosophie des Pragmatismus ihren Ursprung im angloamerikanischen Raum hat, hat auch dieser Ansatz vor allem in den Vereinigten Staaten und in Großbritannien eine große Anhängerschaft.

Jeder Ansatz geht zwangsläufig mit einem partikularen Blick auf das medizinethische Problem einher. Zur Lösung medizinethischer Probleme ist man gut beraten, alle vier medizinethischen Ansätze im Kopf zu behalten und je nach Problemlage dem einen oder dem anderen Ansatz den Vorzug zu geben, ohne die anderen Methoden ganz unberücksichtigt zu lassen. Die adäquate Wahl der ethischen Methode wird umso

leichter fallen, je mehr man sich die Eigenart und das Spezifische der heilenden Berufe klarmacht.

1.10 Zur Kernidentität der Medizin

> *Die Kernaufgabe der Medizin besteht darin, eine Antwort auf die Angewiesenheit des Menschen zu geben. Diese Antwort kann nur die absolute Zusicherung sein, das medizinische Wissen in den Dienst des notleidenden Menschen zu stellen.*

Der Patient stellt für den Arzt wie für die Pflege ein moralisch verwandtes Gegenüber dar, ein Wesen, das allein durch sein Sein, durch seine Not, durch sein Leiden einen Behandlungsimperativ auslöst.

Der Kern dessen, was Medizin ausmacht, liegt möglicherweise gerade in dieser Bedingungslosigkeit, mit der die Medizin dem Krankgewordenen – ohne sich seiner zu bemächtigen – eine Hilfsantwort gibt (s. Maio 2012). Da der Mensch in Not sich seinen Arzt nicht frei aussuchen kann, sondern darauf angewiesen ist, dass er ganz gleich wo er in Not gerät einen Arzt findet, der ihm beisteht, kann das Hilfeversprechen nicht nur ein persönliches Versprechen eines einzelnen Arztes, sondern muss ein kollektives Versprechen sein, das jeder allein dadurch gibt, dass er sich als Arzt bezeichnet. Pellegrino spricht hier von einem „öffentlichen Bekenntnisakt" (Pellegrino 2005: 39), das vom Arztsein ausgeht. Das öffentliche Bekenntnis bezieht sich nicht darauf, den Kranken in jedem Fall zu heilen, oder auf die Zusicherung, dass die ärztliche Behandlung auch glückt. Es ist nicht der Effekt der ärztlichen Handlung, die durch ein solches Hilfeversprechen zugesichert wird, sondern die Zusicherung bezieht sich allein auf die der ärztlichen Handlung zugrunde liegende Motivation zur Hilfe. Daher realisiert sich das Wesen der Medizin nicht in der Anwendung der Mittel, sondern der eigentliche Kern der Medizin liegt in ihrer ganz spezifischen Zielgerichtetheit. Ab dem Moment, da das medizinische Handeln nicht mehr primär von der Motivation zur Hilfe getragen ist, hat sich die Medizin als Medizin aufgelöst, ganz gleich welche medizinischen Apparaturen dabei auch eingesetzt werden mögen.

Für die Notfallmedizin bedeutet dies, dass gerade eine gute Medizin nur dann realisiert werden kann, wenn sie vollzogen wird von Menschen, die Medizin nicht als Anwendung von abstraktem Faktenwissen begreifen (Maio 2014b), sondern die von der Motivation getragen sind, Menschen in Krisensituationen helfende Unterstützung zu bieten. Die Förderung dieser Grundmotivation und die Herausbildung eines ethischen Sensoriums für die den praktischen Handlungen zugrunde liegenden anthropologischen Fragen wird es leichter machen, in den schwierigen Entscheidungsfindungen in der Notfallmedizin mehr Orientierung zu haben. Gute Entscheidungen in der Notfallmedizin bedürfen einer ethisch sensiblen praktischen Urteilskraft, die nur aus der Erfahrung heraus generiert werden kann. Da wären alle Ansätze einer Standardisierung kein Fortschritt, sondern ein ethischer Rückschritt.

Literatur

Beauchamp TL, Childress JF (2013) Principles of Biomedical Ethics. 7th edition. Oxford University Press, Oxford

Birnbacher D (2002) Krankheitsbegriff, Gesundheitsstandards und Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung. In: Brand A, von Engelhardt D, Simon A, Wehkamp K-H (Hg.) Individuelle Gesundheit versus Public Health? Lit-Verlag, Münster, S. 152–163

Deichgräber K (1983) Der hippokratische Eid. Hippokrates, Stuttgart

Katz J (1972) Experimentation with human beings. Russell Sage, New York

Maio G (1997) Der Blick zurück als Zukunft der medizinischen Ethik? Entwicklungen und Grenzen der „Bioethik". In: Toellner R, Wiesing U (Hrsg.) Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Fischer, Stuttgart, Jena, Lübeck u. Ulm, S. 91–110

Maio G (2012) Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Schattauer, Stuttgart

Maio G (2014a) Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Suhrkamp, Frankfurt

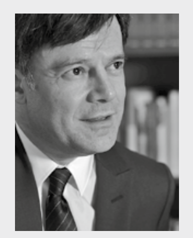
Maio G (2014b) Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit. Trias, Stuttgart

Maio G (2015) Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung. Herder, Freiburg

Meslin EM (1989) Protecting human subjects from harm in medical research. Phil. Diss. Georgetown

Pellegrino ED (2005) Bekenntnis zum Arztberuf und was moralisch daraus folgt. In: Thomas H (Hrsg.) Ärztliche Freiheit und Berufsethos. J.H. Röll, Dettelbach, S. 17–60

Schöne-Seifert B (1996) Medizinethik. In: Nida-Rümelin J (Hrsg.) Angewandte Ethik. Kröner Verlag, Stuttgart, S. 552–648



© Oliver Lieber

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A.

Studierter Philosoph, Arzt mit internistischer Ausbildung und Professor für Medizinethik an der Universität Freiburg; seit Dezember 2005 Geschäftsführender Direktor des Interdisziplinären Ethik-Zentrums Freiburg. Seit April 2006 Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin. Seit 2007 berufenes Mitglied des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer, Berater der Deutschen Bischofskonferenz.

2 Der medizinische Notfall

Ulf Harding

Der medizinische Notfall zeichnet sich als ein plötzlich und unerwartet eintretendes Ereignis aus, das eine akute Behandlung erfordert. Die Wahrnehmung und somit Definition eines solchen Ereignisses hängt dabei von der Sichtweise als Betroffener, Angehöriger oder Helfer ab. Aufgabe der Notfallmedizin ist es, Patienten in bedrohlichen Situationen zu stabilisieren und einer weiteren Behandlung zuzuführen. Konflikte können sich aus diesen unterschiedlichen Sichtweisen und Erwartungen ergeben. Während der Patient eine möglichst umfassende und definitive Behandlung wünscht, besteht der Auftrag der Helfer in einer Erstversorgung und Stabilisierung bis zur geplanten regulären Versorgung.

2.1 Definition(-sversuch) des medizinischen Notfalls

Der medizinische Notfall ist nicht einheitlich definiert. Dies ist eine Folge unterschiedlicher Sichtweisen und Wahrnehmungen sowie Auslegungen des Begriffes „Notfall“. Selbst nach definierten Kriterien kann eine eindeutige Klassifizierung eines Ereignisses als Notfall erst im Nachhinein erfolgen. Eine Validierung einer Definition wird so nahezu unmöglich. Auch erklärt sich hieraus eine unterschiedliche Wahrnehmung eines unerwarteten medizinischen Ereignisses als Notfall.

Eine erste, weit gefasste Annäherung einer Definition mit Bezug auf den Rettungsdienst kann die DIN 13050 „Rettungswesen – Begriffe“ liefern:

> *Ereignis, das unverzügliche Maßnahmen der Notfallrettung erfordert.*

Als klassisches medizinisches Wörterbuch nimmt der Pschyrembel Anästhesiologie folgende Definition vor:

[...] akuter, vital bedrohlicher Zustand durch Störung der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Intoxikation. (v. Koppenberg u. Moecke 2014)

Verschiedene weitere Definitionen heben jedoch in der Mehrheit auf folgende Kriterien eines medizinischen Notfalls ab:

Kriterien eines medizinischen Notfalls

- akuter Eintritt
- bedrohliche Störung von Bewusstsein, Atmung oder Kreislauf bzw. anderer Körperfunktionen
- drohende dauerhafte Schädigung oder Tod
- unmittelbare Hilfeleistung erforderlich

Eine teilweise unzureichende Berücksichtigung erfahren in vielen Definitionen psychiatrische Notfälle, bei denen ebenfalls vitale Bedrohungen vorliegen (beispielsweise in Form von Suizidalität oder Eigengefährdung bei Psychosen), psychische Symptome jedoch dominieren können.

Die Definition eines Notfalls oder auch die Klassifizierung eines Patientenzustandes als Notfall folgt zusätzlich den unterschiedlichen Sichtweisen der Beteiligten. So mag sich eine Situation für einen Betroffenen oder Angehörigen als akut und bedrohlich darstellen, dem professionellen Helfer jedoch weniger dringlich erscheinen. Solch unterschiedliche Sichtweisen können zu Konflikten zwischen Patienten, Angehörigen und Helfern führen.

Fallbeispiel

Der Notarzt wird unter dem Einsatzstichwort „akutes Abdomen" zu einer 46-jährigen Patientin alarmiert, die über Übelkeit, Erbrechen und Durchfall seit den frühen Morgenstunden klagt. Die Vitalwerte sind bis auf eine leichte Tachykardie im Normbereich. Während die Situation von der Patientin und ihren Angehörigen als akut und bedrohlich wahrgenommen wird, liegt aus Sicht des Notarztes keine Einsatzindikation gemäß Notarztindikationskatalog und somit aus rettungsdienstlicher Sichtweise kein Notfall vor.

Eine andere, formale Einteilung kann die Unterscheidung von Notfallmedizin und Akutmedizin sein. Während nach den o.a. Kriterien in der Notfallmedizin bei Patienten eine vitale Bedrohung per definitionem gefordert wird, handelt es sich in anderen, ebenfalls dringlichen Fällen um Akutmedizin. Wie aus dem Fallbeispiel deutlich wird, ist diese Unterscheidung nicht immer einfach und lässt sich teilweise auch erst im Nachhinein treffen. Ein weiteres Beispiel für die geringe Trennschärfe ist die in der Bevölkerung oft synonyme Verwendung des Begriffes „Notarzt" sowohl für den Notarzt des Rettungsdienstes als auch den Arzt des Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung. Eine pragmatische Definition sieht zunächst den Menschen als Notfallpatienten an, der sich selbst als solcher empfindet.

Mit Hinblick auf ethische Herausforderungen und kritische Entscheidungssituationen ist eine solch strenge Trennung zwischen Notfall- und Akutmedizin jedoch nicht zielführend, da sich die Schwierigkeiten ähneln. Unabhängig vom Vorhandensein einer unmittelbaren vitalen Bedrohung eines Patienten ist das Handeln regelmäßig

von Zeitdruck und Informationsmangel geprägt. Aus diesem Grund sollen hier sowohl die notfall- als auch die akutmedizinische Versorgung der Bevölkerung besprochen werden.

Auch die Umstände und der Ort des Geschehens haben einen Einfluss auf die Wahrnehmung eines Ereignisses als Notfall. Kommt es im häuslichen Umfeld des Patienten zu einem Notfallereignis, so sind die Situation und auch die Bezugspersonen vertraut, nicht jedoch das eintreffende Rettungsdienstpersonal. Liegt der Einsatzort außerhalb der vertrauten Umgebung, kann hieraus eine zusätzliche Belastung entstehen. Auch für die Helfer können sich aus der Arbeit unter Zeitdruck und in einer ungünstigen Umgebung Belastungen ergeben.

2.2 Ziele und Aufgaben der Notfallmedizin

Zu den Aufgaben der Notfallmedizin gehört es, bei akut erkrankten oder verletzten Patienten lebensrettende Maßnahmen einzuleiten, die Vitalwerte zu stabilisieren und den Patienten einer geeigneten Diagnostik und Behandlung zuzuführen. Im Bereich des Rettungsdienstes ist es hierfür unter Umständen erforderlich, zunächst die Transportfähigkeit des Patienten herzustellen.

Dem Wunsch der Patienten, unmittelbar eine möglichst umfassende Diagnostik und definitive Versorgung zu erhalten, stehen der Auftrag der Notfallmedizin und gesetzliche Regelungen entgegen. Beispielsweise regelt das Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die vertragsärztliche Versorgung auch außerhalb der Sprechstundenzeiten niedergelassener Ärzte. Ordnungen der KV auf Landesebene regeln dann die weitere Ausgestaltung. So verfolgt zum Beispiel die KV Niedersachsen für die Versorgung im Bereitschaftsdienst

> *das Ziel, die Patienten bis zur nächstmöglichen regulären ambulanten oder stationären Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich zu versorgen [...]. (Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen vom 17.02.2007).*

Vergleichbar verhält es sich mit den Aufgaben der Notfallaufnahmen in Krankenhäusern. Hier findet zunächst eine ärztliche Erstuntersuchung statt, bei der die Indikation zur stationären Krankenhausbehandlung überprüft wird. Ist diese nicht gegeben, führt das Krankenhaus eine Erstversorgung durch und bahnt die weitere Behandlung durch niedergelassene Ärzte analog dem Sicherstellungsauftrag der niedergelassenen Ärzte an.

2.3 Entwicklung beim Umgang mit Notfällen

Die Hilfe im Notfall ist nicht nur zentraler Bestandteil unseres Gesundheitssystems, sondern auch fest etablierter Gedanke unserer Gesellschaft. Ausgehend vom christlichen Gebot der Nächstenliebe entwickelten sich unterschiedliche Ansätze der Notfallhilfe. Während sich das Militär und auch die nach 1863 entstehenden Rotkreuz-Bewegungen zunächst auf die Versorgung verletzter Kombattanten konzentrierten, entwickelte sich wenig später auch in der Zivilgesellschaft eine Professionalisierung.

In Österreich führte der Brand des Wiener Ringtheaters 1881, bei dem es mehrere Hundert Tote gab, zur Gründung der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft, aus der sich ein ärztlicher Rettungsdienst entwickelte. In Deutschland wurde durch Friedrich von Esmarch 1882 in Kiel der „Deutsche Samariterverein" nach Vorbild der britischen St John Ambulance Association gegründet. In der Folge entwickelten sich unterschiedliche Modelle im Krankentransport, die durch die Feuerwehren, das Rote Kreuz und weitere Organisationen wahrgenommen wurden. Ausgehend von Kirschners Forderung, *dass der Arzt einen Schwerverletzten an der Unglücksstelle aufsucht* (Kirschner 1938), hat sich nach dem zweiten Weltkrieg der moderne notarztgestützte Rettungsdienst entwickelt. Für eine nähere Übersicht zur Entwicklung des Rettungsdienstes sei auf die Arbeiten und Sefrin (2013) sowie Ebmeyer und Röse verwiesen (2013).

2.4 Konzepte der Notfallmedizin

Im Jahr 1966 wurde durch F.W. Ahnefeld der Begriff der Rettungskette eingeführt, bei der die einzelnen Glieder die Elemente der Notfallversorgung von den Erstmaßnahmen durch Laien bis zur Krankenhausaufnahme darstellen. Die Idee wurde unter anderem im Rahmen der Wiederbelebungsmaßnahmen in den Empfehlungen des European Resuscitation Council als „Überlebenskette" aufgegriffen.

Betrachtet man jedoch den einzelnen Patienten und nicht die Versorgungsschritte bei einem einzelnen Ereignis, so lassen sich die unterschiedlichen Hilfssysteme auch als Netzwerk sehen (s. Abb. 1), in dem zwischen den einzelnen Partnern Verbindungen bestehen. Hilfeleistungen und Unterstützungen können auch parallel erfolgen, ohne dass einzelne Schritte sequentiell erfolgen müssen.

Gemein sind beiden Überlegungen jedoch die abgestimmte Zusammenarbeit und das Ineinandergreifen der Maßnahmen zum Wohle des Patienten.

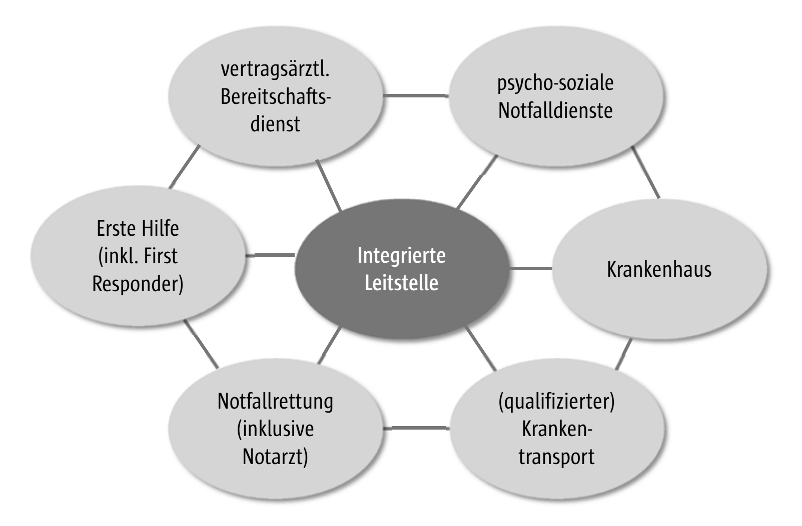


Abb. 1 Notfallversorgung als Netzwerk (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, mit freundlicher Genehmigung)

2.5 Organisationsformen – dreigliedrige Notfallversorgung

Die Notfall- und Akutversorgung der Bevölkerung ist in unterschiedlichen Bereichen organisiert, die jeweils getrennt kurz betrachtet werden sollen.

2.5.1 Ärztlicher Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Vertragsärzte

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Vertragsärzte erfüllt den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V. In unterschiedlichen Lösungsansätzen wird eine Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte gewährleistet. Diese erfolgt entweder durch eine ständige Präsenzpflicht (Verfügbarkeit rund um die Uhr) des Vertragsarztes für seine Patienten oder über organisierte Bereitschaftsdienste. Hierzu sind oftmals spezielle Bereitschaftsdienstpraxen eingerichtet, die den Vorteil einer festen Anlaufstelle außerhalb der Sprechzeiten unabhängig vom diensthabenden Arzt bieten. Solche Praxen finden sich in der Nähe von Krankenhäusern, teilweise angegliedert an die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser oder aber an unabhängigen Standorten. In größeren Städten bestehen darüber hinaus teilweise spezielle fachärztliche Bereitschaftsdienstpraxen, zum Beispiel augen- oder kinderärztliche Bereitschaftsdienste. Wie oben erwähnt ist es Aufgabe des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, eine Untersuchung und Versorgung von Patienten bis zur nächsten regulären Behandlung durchzuführen oder sie bei Bedarf einem Krankenhaus zur stationären Behandlung zuzuweisen. Die Zusammenarbeit der Bereitschaftsdienstpraxen mit den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser oder eine Integration in diese bietet die Möglichkeit, die im Krankenhaus vorhandenen Ressourcen (zum Beispiel Labor, Bildgebung) auch für den ärztlichen Bereitschaftsdienst verfügbar zu machen. Zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst sind in der Regel alle in einer Praxis niedergelassenen oder angestellten Fachärzte verpflichtet, eine besondere Qualifikation oder notfallmedizinische Ausbildung ist nicht erforderlich. So fordert die Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen lediglich, dass sich der Arzt für den Bereitschaftsdienst regelmäßig fortbildet. Inhalt und Umfang der Fortbildung sind nicht näher spezifiziert.

2.5.2 Rettungsdienst

Der Rettungsdienst ist in Deutschland Aufgabe der Länder, die die Ausgestaltung in Ländergesetzen regeln. Es erfolgt eine Unterscheidung zwischen qualifiziertem Krankentransport und Notfallrettung sowie Verlegungen von einem Krankenhaus in ein anderes, beispielsweise zur weiterführenden Diagnostik oder Behandlung, auch unter Aufrechterhaltung intensivtherapeutischer Maßnahmen.

Das eingesetzte Personal ist entsprechend der Anforderungen der Ländergesetze notfallmedizinisch qualifiziert. Rettungssanitäter erfahren eine Ausbildung von insgesamt 520 Stunden und werden im Krankentransport sowie in der Notfallrettung eingesetzt. Die Ausbildung zum Rettungsassistenten dauerte zwei Jahre und wurde durch das Rettungsassistentengesetz geregelt. Zum Januar 2014 wurde dieses vom Notfallsanitätergesetz abgelöst. Die Berufsbezeichnung als Rettungsassistent darf jedoch von so qualifizierten Personen weiter geführt werden und die aktuellen Ländergesetze ermöglichen den Einsatz von Rettungsassistenten in der Notfallrettung

zur Versorgung von Notfallpatienten und als Einsatzleiter auf dem Rettungswagen sowie als Fahrer von Notarzteinsatzfahrzeugen. Demgegenüber dauert die Ausbildung zum Notfallsanitäter drei Jahre und umfasst Kompetenzen zu weitergehenden, eigenständigen Maßnahmen nach Festlegung durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst.

Zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung in medizinischen Notfällen haben die einzelnen Bundesländer sogenannte Hilfsfristen definiert. Allgemein bezeichnet die Hilfsfrist die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes am Notfallort. Die genauen Zeitintervalle werden jedoch unterschiedlich ausgelegt. So beginnt die Hilfsfrist beispielsweise in einem Bundesland mit dem ersten Klingeln des Telefons in der Rettungsleitstelle, in einem anderen hingegen erst mit der Disposition der Rettungsmittel. Demgegenüber sind jedoch Erkrankungsschwere und Versorgungsbedarf mit Eintreten des Notfalles beim Patienten unabhängig von Ländergrenzen. Somit sind infolge unterschiedlicher Definitionen die Versorgungszeiten und -intervalle nicht vergleichbar.

Größere Schadenslagen, bei denen mehr Personen verletzt oder erkrankt sind als durch die vorhandenen und einsetzbaren Rettungsmittel eines Rettungsdienstbereiches allein versorgt werden können, werden als Massenanfall bezeichnet (Massenanfall von Verletzten/Erkrankten, MANV). Für den MANV bestehen in den einzelnen Rettungsdienstbereichen Konzepte, wie mit Rettungsmitteln aus benachbarten Bereichen und Alarmierung weiterer Ressourcen Versorgungs- und Transportkapazitäten zum Einsatz gebracht werden können. Unterstützt werden die Kräfte des Regelrettungsdienstes hierbei außerdem durch Schnell-Einsatz-Gruppen (SEG) oder (Teil-)Einheiten des Sanitäts-/Betreuungsdienstes des Katastrophenschutzes. Das dort eingesetzte Personal verfügt mindestens über eine Sanitätsdienstausbildung, einzelne Positionen werden durch höher qualifiziertes Personal wie Rettungssanitäter besetzt. Die medizinische Leitung bei einem Großschadensereignis obliegt dem Leitenden Notarzt in Zusammenarbeit mit dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst.

2.5.3 Notfallaufnahmen der Krankenhäuser

Aufgabe der Krankenhäuser im Rahmen der Notfallversorgung ist einerseits die Aufnahme stationärer Patienten auch außerhalb der Regelarbeitszeiten, andererseits die ambulante Versorgung von Notfall- und Akutpatienten, die der besonderen diagnostischen (z.B. Labor oder bildgebende Verfahren) oder therapeutischen Möglichkeiten (spezielle fachärztliche Behandlungen) des Krankenhauses bedürfen. Die Zuweisung erfolgt durch den Rettungsdienst oder über niedergelassene Ärzte sowie durch Selbstvorstellung der Patienten. Einen weiteren Weg der Patientenzuweisung stellt die Vorstellung nach Arbeitsunfällen im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen D-Arzt-Verfahrens dar.

Die Organisation der Notfallaufnahmen ist in den Krankenhäusern uneinheitlich geregelt, wobei sich in den vergangenen Jahren eine Orientierung hin zu zentralen Notfallaufnahmen zeigt. Hierdurch soll die Versorgung konzentriert und dem Patienten eine Anlaufstelle für alle akuten Anliegen geboten werden. Es muss jedoch unterschieden werden zwischen einer „zentralen“ Notfallaufnahme, die eine fachspezifische Versorgung lediglich in gemeinsamen oder benachbarten Räumlichkeiten

anbietet, und einer interdisziplinären Notfallaufnahme, bei der eine fächerübergreifende Erstversorgung stattfindet.

Das eingesetzte pflegerische Personal besteht überwiegend aus examinierten Krankenpflegekräften, die teilweise über eine Weiterbildung für die speziellen Aufgaben in der Notfallaufnahme (z.B. Erste Hilfe, Rettungsstellen, Notaufnahmen und Ambulanzen – ERNA) oder eine Fachweiterbildung Intensivpflege verfügen. Darüber hinaus werden in einigen Notfallaufnahmen Mitarbeiter mit Rettungsdienstqualifikation eingesetzt. Das ärztliche Personal ist unterschiedlich qualifiziert. Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sehen keinen Facharzt für Notfallmedizin vor. Nach Novellierung der Musterweiterbildungsordnung durch die Bundesärztekammer könnte eine zweijährige Zusatzweiterbildung „Interdisziplinäre Notaufnahme“ für Fachärzte eingeführt werden. Als erste Landesärztekammer hat die Ärztekammer Berlin im Juni 2014 die Einführung einer dreijährigen Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ beschlossen.

Von den Aufgaben der Notfallaufnahmen abzugrenzen ist die innerklinische Versorgung bereits stationär aufgenommener Patienten durch Notfallteams oder Reanimationsteams. Auch hier zeigen sich unterschiedliche Versorgungsmodelle je nach Krankenhaus vom reinen Reanimationsteam, das erst bei Vorliegen einen Kreislaufstillstandes eingreift, bis zum „medical emergency team“ (MET), das niederschwellig zur Unterstützung bei akut aufgetretenen Problemen im Bereich der Normalstation zur Verfügung steht.

2.6 Implementierung von Ethik in Rettungsdienst und Notfallmedizin

Die Implementierung von Ethik in Rettungsdienst und Notfallmedizin hängt von vielen Faktoren ab. Neben persönlichen Merkmalen der Beteiligten beginnt eine Auseinandersetzung mit ethischen Herausforderungen bereits in der Ausbildung. Bleibt in der Krankenpflegeausbildung und im Medizinstudium Raum für diese Fragestellungen, fokussiert die Ausbildung im Rettungsdienst und für die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin als Qualifikation zur Tätigkeit als Notarzt vordringlich auf die technische Beherrschung von Akutsituationen. In klassischen Ausbildungsszenarien wird der Fokus auf „monomorbide“ Patienten in vital bedrohlichen Situationen gelegt, die akut entschärft werden müssen.

Fallbeispiel

Die Notärztin trifft unter dem Einsatzstichwort „akute Atemnot“ in einem Pflegeheim auf einen nicht ansprechbaren 74-jährigen Patienten mit den Zeichen einer dekompensierten Herzinsuffizienz. Aus den vorliegenden Entlassungsbriefen lassen sich zahlreiche stationäre Krankenhausbehandlungen bereits im laufenden Jahr eruieren. Eine Patientenverfügung liegt zwar vor, die akute Situation ist jedoch nicht eindeutig beschrieben. Der gesetzliche Betreuer ist in den frühen Morgenstunden nicht erreichbar.

Aus der Fallbeschreibung wird deutlich, dass bei diesem Einsatz die im Rettungsdienst übliche Folge von Versorgung vor Ort – Herstellen der Transportfähigkeit –

Transport in eine Notfallaufnahme nicht ohne Weiteres „abgearbeitet" werden kann. Eine Vorbereitung auf solche Einsatzsituationen findet in den aktuell angebotenen Ausbildungscurricula nur unzureichend Berücksichtigung.

Doch selbst bei guter Vorbereitung stehen die Helfer regelmäßig vor großen Herausforderungen. Der Notfallpatient präsentiert sich in einer vital bedrohten Situation, die ein unmittelbares Eingreifen erforderlich macht. Dem gegenüber steht ggf. ein anders lautender Wille, sei es ausgedrückt durch Vorliegen einer Patientenverfügung oder durch Aussagen von Angehörigen. Der unmittelbar behandlungspflichtige Zustand lässt jedoch nicht ausreichend Zeit zur Prüfung, ob die Willensbekundungen auf die aktuelle Situation zutreffen und ob überhaupt eine gültige Patientenverfügung vorliegt. So finden sich die Helfer in einer oftmals widersprüchlich erscheinenden Situation aus unmittelbarer Behandlungspflicht und eventuell entgegengesetzten Patientenwünschen. Eine große Herausforderung stellt hierbei das Arbeiten unter Zeitdruck dar. Allein die Existenz einer Patientenverfügung bedeutet nicht, dass diese auch am Einsatzort vorliegt, die Gültigkeit in der Akutsituation überprüft werden kann und dass die vorliegende Situation in der Patientenverfügung überhaupt beschrieben ist. Eine Untersuchung im Marienhospital Herne zeigte, dass von 141 mit dem Rettungsdienst in die Notfallaufnahme beförderten Patienten 32 angaben, eine Patientenverfügung zu besitzen, lediglich zwei Patienten diese aber auch vorweisen konnten (Christ et al. 2015). Auch bei Vorliegen einer Patientenverfügung bleibt in vielen Fällen nicht ausreichend Zeit zur Prüfung der Inhalte und Übertragbarkeit auf die akute Situation. Letztlich wird es in vielen Fällen unmöglich sein, nach nur kurzer Untersuchung und Einschätzung eines bis dahin meist unbekannten Patienten eine verlässliche Aussage zum weiteren Verlauf der Krankheit zu treffen.

In den letzten Jahren hat sich die Inanspruchnahme der Notfallrettung durch die Bevölkerung verändert. Steigende Einsatzzahlen und vermehrte Einsätze in Gegenden mit niedrigem sozioökonomischem Status reflektieren dies. Es besteht die Gefahr, dass beim Rettungsdienstpersonal bereits aufgrund des Einsatzortes Vorannahmen und Vorurteile bezüglich Erkrankungen und des geplanten Vorgehens getroffen werden, die zu Fehleinschätzungen und Patientenschäden führen können. Während der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit gut belegt ist, besteht weiter Unklarheit, inwiefern sich dies auf den notfallmedizinischen Bedarf und Zugang zu Ressourcen auswirkt. Engel und Kollegen konnten für die Stadt Münster zeigen, dass sich in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status zwar eine erhöhte Einsatzfrequenz zeigt, dies jedoch Folge eines erhöhten Bedarfes, ausgedrückt durch die Schwere der Erkrankung, und nicht Folge einer missbräuchlichen Inanspruchnahme ist (Engel et al. 2011).

Die Möglichkeit des Zugangs zu Versorgungsmöglichkeiten und -ressourcen verlangt ebenfalls schwierige Entscheidungen vom Personal. So lassen sich Situationen, in denen der Bedarf medizinischer Versorgung höher ist als die vorgehaltene Kapazität, planerisch nicht vollständig vermeiden. Neben einem Massenanfall von Patienten bei Großschadensfällen kommt es bereits bei einem erhöhten Patientenaufkommen zu Engpässen in der Versorgung. So müssen in einer Notfallaufnahme parallel eintreffende Patienten, die nicht alle unmittelbar versorgt werden können, eine Behandlungspriorität erhalten. Hier helfen strukturierte Ersteinschätzungssysteme, eine Reihenfolge festzulegen, nach der die Behandlung erfolgt. Es ist dabei nicht zu vermeiden, dass zugunsten einzelner, schwerer betroffener Patienten, anderen eine

längere Wartezeit bis zur Versorgung zugemutet wird. Vorteil der Implementierung eines strukturierten Ablaufes ist, dass die Entscheidung des einzelnen Mitarbeiters auf eine nachvollziehbare Grundlage gestellt wird und nicht „aus dem Bauch heraus" getroffen werden muss.

Kernbotschaften

- *Der medizinische Notfall ist nicht einheitlich definiert, zeichnet sich jedoch als unerwartetes, plötzliches Ereignis aus, bei dem das Leben oder die Gesundheit bedroht ist.*
- *Die notfall- und akutmedizinische Versorgung ist untergliedert in den Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte, den Rettungsdienst und die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser.*
- *Das Handeln unter Zeitdruck bei vorliegender akuter Bedrohung stellt das Personal vor schwierige Herausforderungen bei Ermittlung und Berücksichtigung des Patientenwillens.*

Literatur

Christ M, von Auenmüller KI, Breker IM, Liebeton J, Nölke JP, Trappe H-J (2015) Welche Relevanz besitzt die Patientenverfügung im Rettungsdienst? Anästh Intensivmed 56: S83–84

Ebmeyer U, Röse W (2013) Entwicklung des Notarztwesens in Deutschland – Ostdeutschland. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 48: 730–733

Engel P, Wilp T, Lukas RP, Harding U, Weber TP, Van Aken H, Bohn A (2011) Beeinflussen sozio-demografische Faktoren Notarzteinsätze? Anaesthesist 60: 929–936

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (2007) Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. http://www.kvn.de/Ueber-uns/Amtliche-Bekanntmachungen/binarywriterservlet?imgUid=e5340ad1-6134-ac21-ec63-7361b8ff6bcb&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111 (Zugriff am 28.03.2015)

Kirschner M (1938) Die fahrbare chirurgische Klinik. Chirurg 10: 711–717

Koppenberg J v., Moecke H (2014) Pschyrembel Anästhesiologie. 1. Auflage. De Gruyter, Berlin

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2003/kurzf-de03.pdf (Zugriff am 27.05.2015)

Sefrin P (2013) Entwicklung des Notarztwesens in Deutschland – Westdeutschland. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 48: 734–738



Dr. med. Ulf Harding

Medizinstudium in Hamburg und Münster mit Auslandsaufenthalten in England und Nordirland. Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie und Notfallmedizin am Universitätsklinikum Münster. Seit 2012 Oberarzt der Zentralen Notfallaufnahme am Klinikum Wolfsburg. Notarzt bei den Berufsfeuerwehren Braunschweig und Wolfsburg. Mitglied im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V.

3 Das Menschenbild als Entscheidungs-hintergrund in der Notfallmedizin

Fred Salomon

3.1 Blickrichtung Mensch

„Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns." So heißt es in Leitbildern vieler Einrichtungen des Gesundheitswesens, auch im Bereich der Notfallmedizin. Kritiker dieser Aussage behaupten dagegen, dass zwar Rettungssyteme und notfallmedizinische Versorgungsformen mit viel Aufwand, Geld und auch politischem Druck aufgebaut werden, Menschen mit ihren Bedürfnissen aber eher in den Hintergrund treten. Vorrangig scheinen evidenzbasierte Daten und Checklisten den Umgang mit dem Patienten zu bestimmen. In der Notfallmedizin kommt es auf rasches, fast automatisches Handeln nach vorgegebenen Algorithmen an. Erkennbare Symptome und Organschäden treten so in den Vordergrund, dass psychosoziale, emotionale und spirituelle Aspekte nicht immer gleich bewusst werden. So läuft Notfallmedizin Gefahr, den Patienten zum „*Objekt*" zu machen, an dem „*mechanisch*" gearbeitet wird (Wettreck 1999: 237). Ebenso lenken finanzielle Einschränkungen bei den Trägern der Rettungsdienste den Blick weg vom Bedürfnis und Wohl des individuellen Patienten und lassen ihn bestenfalls als statistische Größe erscheinen. Ziel von Notfallmedizin ist die Rettung eines bedrohten Menschen, die Verhinderung größerer Schäden durch frühes Eingreifen und die Gewährleistung einer qualifizierten, lückenlosen Weiterversorgung. Sie ist eine Dienstleistung am Menschen und als gesellschaftliche Aufgabe Ausdruck von Solidarität mit dem Hilfsbedürftigen.

> *Medizin als Dienstleistung am kranken oder von Krankheit bedrohten Menschen ist abhängig vom Menschenbild, aus dem folgt, wie man mit ihm umgeht und was man ihm zukommen lässt oder vorenthält.*

Menschenbild meint sowohl die generelle philosophisch-anthropologische als auch die individuelle psychologisch-emotionale Sicht. Zum einen geht es darum, wie der Mensch grundsätzlich gesehen wird, in seiner Wesenheit und seinem Bezogensein in der Welt, zum anderen darum, wie das konkrete Gegenüber erlebt wird, mit seinen Stärken, Schwächen, sympathischen und provozierenden Seiten.

Die anthropologische Sicht hat sich aufgrund von Sozialisation, Erziehung, kulturellen Einflüssen und konkreten Erfahrungen mit Menschen geformt und ist oft nicht bewusst. Die psychologischen Elemente einer Interaktion basieren auf gewachsenen Einstellungen und werden durch Faktoren aktiviert, die beim Behandelnden liegen, aber zum Teil durch den Patienten getriggert werden (s. Tab. 5). Der Kontakt zwischen Helfenden und Patient im Notfall ist außerdem oft der erste zwischen den Beteiligten und stark durch situative Gegebenheiten wie Zeit, Ort oder Grad der Widrigkeiten beeinflusst.

Tab. 5 Einflussfaktoren darauf, wie der konkrete Patient gesehen wird (psychologisch-emotionales Menschenbild)

Faktoren beim Patienten	Faktoren beim Behandelnden/Pflegenden/Rettungsdienstleistenden
Erscheinungsbild/(vermutete) Gruppenzugehörigkeit	aktuelle Stimmungslage
Verhalten	Grad des Ausgeruhtseins/der Erschöpfung
Compliance	arbeitsbezogener Stress mit Vorgesetzten/Mitarbeitenden
(ihm zugeschriebener) Anteil am Krankheitsgeschehen (z.B. Unfallopfer/-verursacher oder Sucht)	arbeitsunabhängiger Stress (z.B. Partnerprobleme, finanzielle Krise)
Alter, Geschlecht	Assoziationen zu bekannten Personen

3.2 Die naturwissenschaftliche Sicht

Notfallmedizin ist ein Symbol unseres Kampfes gegen den plötzlichen Tod. Sie konnte sich etablieren, weil unsere heutige Einstellung zum Tod sich gegenüber früheren Zeiten geändert hat (Brandt 1989). Die wachsenden Kenntnisse in der Medizin führten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu vielen manuellen, technischen und medikamentösen Möglichkeiten. Ihre Erfolge lagen im naturwissenschaftlich orientierten Umgang mit dem Körper, in der Konzentration auf Teilfunktionen und der Abstraktion vom komplexen Ganzen menschlichen Seins.

Dieser Zugangsweg zum kranken Menschen gründet in einem Menschenbild, das wesentlich von René Descartes geprägt ist. Sein dualistischer Denkansatz, in dem der Geist den Menschen zum Ich macht (*cogito, ergo sum*) und der Körper ein materielles Ding ist, hat es ermöglicht, sich dem Körper analytisch zuzuwenden, ohne den Menschen in seinem Wesen zu entheiligen. Wenn wir *„den menschlichen Körper als eine Art Maschine ansehen, die aus Knochen, Nerven, Muskeln, Adern, Blut und Haut zusammengepasst ist"* und er verglichen wird mit einer *„Uhr, die aus Rädern und Gewichten besteht"* (Descartes 1642: 104), ist ein Krankheitsverständnis vorgezeichnet, in dem Krankheit als Funktionsstörung oder Ausfall einzelner Teile und Therapie als Reparatur oder Austausch defekter Teile begriffen wird. Die materialistische Sicht erreichte einen Gipfel gut 200 Jahre später, als sich das mechanisch-naturgesetzliche Denken durchsetzte und die empirische For-

schung in der Medizin als alleiniger Zugangsweg zum Menschen für die Medizin propagiert wurde, weil „*im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind als die gemeinen physikalisch-chemischen*" (Du Bois-Reymond 1842, zitiert bei Uexküll et al. 2002).

> *Der dualistische Denkansatz Descartes hat durch Säkularisierung und Versachlichung des Körpers sowie der daraus folgenden empirisch-analytischen Betrachtung den Kenntnis- und Handlungszuwachs in der Medizin bewirkt und ist auch Wegbereiter von Intensiv- und Notfallmedizin.*

Die Erfolge schienen Beweis genug für die Richtigkeit des mechanistisch-naturwissenschaftlichen Menschenbildes mit seinem Ursache-Wirkungs-Prinzip. Die Faszination dieses Ansatzes bescherte Ärzten die erste Stufe in Berufsprestigeskalen (Institut für Demoskopie Allensbach 2013), brachte Gelder ins Gesundheitswesen und führte auch zum flächendeckenden Ausbau des Rettungswesens und der jederzeit verfügbaren Notfallmedizin. Diese Sicht auf den Menschen birgt aber auch Gefahren (s. Tab. 6).

Tab. 6 Vor- und Nachteile des empirisch-naturwissenschaftlichen Menschenbildes für die Notfallmedizin

Positive Konsequenzen/Vorteile	Negative Konsequenzen/Gefahren
Entmythisierung des Körpers und seiner Funktionen	Vernachlässigung psychosozialer Aspekte
Differenzierte Diagnostik und Therapie von Organfunktionen	Vernachlässigung von autonomen Willensäußerungen
Apparative Unterstützung und Ersatz von Körperfunktionen	Mechanisierung und Technisierung des Körpers bis hin zum Transhumanismus
Überwindung lebensbedrohlicher Zustände, wodurch die körperlichen Voraussetzungen für ein ganzheitliches Leben erhalten werden	Vernachlässigung einer integrierten Sicht von Körper, Psyche und Geist
Maximaltherapie mit Einsatz aller verfügbaren Mittel	Kosten treten in den Hintergrund
Engagierte Forschung und Suche nach Problemlösungen	Vernachlässigung ethischer Grenzen

3.3 Erweiterter Blickwinkel

> *Ab den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde deutlich, dass durch Konzentration auf die Körperlichkeit wesentliche Dimensionen des Menschseins vernachlässigt werden.*

Diese Gedanken waren zwar schon Anfang des 20. Jahrhunderts in der biographischen Medizin, z.B. bei S. Freud, und der psychosomatischen Medizin, z.B. bei V. von Weizsäcker, formuliert. Im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts tauchten Fragen nach Sinn und Grenzen auf. Die Überwindung lebensbedrohlicher Situationen endete nicht

immer mit einem vom Patienten gewollten und für ihn und seine Angehörigen tragbaren Ergebnis. Schwere körperliche und psychische Defekte bis hin zu dauerhafter Bewusstlosigkeit warfen Fragen der Ethik auf (Salomon 1996).

Fragwürdige Therapieergebnisse und Sinnfragen brachten zunächst in der Intensivtherapie und nachfolgend auch in der Notfallmedizin die Patientenautonomie in den Vordergrund. Die Funktionsstörung als Trigger für eine Therapie wird relativiert durch den expliziten oder mutmaßlichen Patientenwillen.

3.4 Der ökonomisierte Mensch

Ehe sich die Erweiterung des Blickwinkels von der empirisch-naturwissenschaftlichen Sicht auf die psychosozialen und ethischen Aspekte im klinischen Alltag positiv auswirken konnte, drängten sich finanzielle Fragestellungen in den Vordergrund. Sie dominieren derzeit nahezu alle Überlegungen im Gesundheitswesen, sodass auch das Menschenbild in den Sog der Ökonomie gerät (Nagel 2007; Oberender u. Schwegel 2007). Der Patient als Kunde, Effizienzsteigerung, Gewinnmaximierung oder Mitarbeiter als Humankapital – diese Schlagworte machen deutlich, wie wirtschaftliche Maßstäbe Planungen und Entscheidungen prägen. Dienstleister im Gesundheitswesen werden zu Unternehmen, die sich um Kundenfang und -bindung bemühen.

Patient und Krankheit werden zum Produktionsfaktor, der möglichst viel Gewinn bringen soll. Dagegen wird das Personal zum belastenden Kostenfaktor, den man durch Minderung der Anzahl oder Absenken der Qualifizierung optimieren will. Wie wir den Menschen sehen, so gehen wir mit ihm um. Der Umgang mit dem Gegenüber, sei es Patient, Angehöriger oder Mitarbeiter, und Entscheidungen über Art und Umfang der Versorgung werden dadurch beeinflusst, oft unbewusst.

Ein belastender Kostenfaktor kann kaum wertgeschätzt werden oder sich angenommen fühlen. Auch pharmazeutische und medizintechnische Unternehmen sowie Anbieter von Informationstechnologien nutzen das beherrschende ökonomische Denken für ihre Interessen. Neue Therapieoptionen oder technische Systeme werden damit beworben, dass sie trotz Investitionen Kosten sparen, durch geringeren Personalbedarf, verkürzte Therapiezeiten oder verminderte Folgekosten (Salomon 2010).

> *Der ökonomische Ansatz ist ethisch nur zu befürworten, wenn das Ziel der bedürftige Mensch ist, Ökonomie also Werkzeug bleibt.*

Der verantwortliche Umgang mit Ressourcen hat moralische Dimensionen, weil durch eine gerechtere Allokation mehr Menschen geholfen oder das Ziel mit weniger Mitteln erreicht werden kann. Viele Einsparmodelle erwecken jedoch den Eindruck, dass Ökonomie Selbstzweck und Leitgedanke ist. Wenn Patient und Personal vorrangig unter Kostengesichtspunkten betrachtet werden, kommt es zu einem ökonomischen Reduktionismus des Menschenbildes (s. Tab. 7). Warnsignal sind Abwanderung von Medizinstudenten und Ärzten in andere Berufsfelder oder Länder und der hohe Ausfall ärztlichen und pflegerischen Personals durch Krankheit, Sucht und Burn-out sowie das ärztliche Suizidrisiko (Bergner 2010).

Tab. 7 Vor- und Nachteile eines ökonomischen Menschenbildes für die Notfallmedizin

Positive Konsequenzen/Vorteile	Negative Konsequenzen/Gefahren
Kosten im Blick	Ausgrenzung kritisch kranker Patienten
Bedarfs-/Kundenorientierung	Fürsorgegedanke tritt in den Hintergrund
Bemühen um effiziente Strukturen und Abläufe	Vernachlässigung persönlich zugewandter Versorgung
Arbeitserleichterung durch moderne apparative Ausstattung	Reduktion von Personalzahl und Qualifikation

3.5 Der Mensch in seiner Mehrdimensionalität

»

Der Erfolg des naturwissenschaftlichen Welt- und Menschenbildes für die Erkenntnisse und Handlungskompetenz des Menschen basiert darauf, dass aus der Fülle der Phänomene die handhabbaren herausgegriffen und andere ausgeblendet werden. Die Faszination des so gewonnenen Wissens darf aber nicht dazu verleiten, die methodisch ausgeblendeten Aspekte ganz zu negieren.

Die Abstraktion von individuellen Details in komplexen Zusammenhängen erleichtert die Betrachtung von Teilaspekten. Das gilt für jede Disziplin. Die reduktionistische Sicht auf den Menschen in der neuzeitlichen Medizin blendete zunächst schwer fassbare oder als nebensächlich betrachtete Dimensionen aus. In der komplexen Lebenswirklichkeit wurde aber bald der Mangel dieser eingeschränkten Sicht deutlich. Wir brauchen ein mehrdimensionales Menschenbild (s. Tab. 8). Es trägt den verschiedenen Aspekten menschlichen Lebens Rechnung und wirkt mit seinen Konsequenzen für den Umgang mit dem Patienten, den Angehörigen und im Team untereinander dem beklagten Mangel an Humanität entgegen. Die Dimensionen gehören jederzeit zusammen, wenn auch nach Situation mal die eine und mal die andere hervor tritt. Sie sind wie die Seiten eines Würfels immer da, auch wenn sie nicht alle gleichzeitig ins Auge fallen.

Tab. 8 Mehrdimensionales Menschenbild

1	Der Mensch ist ein autonomes, ganzheitliches Individuum.
2	Der Mensch steht in Beziehungen zu Mitmenschen und Mitwelt.
3	Der Mensch steht in einem transzendentalen Zusammenhang.
4	Der Mensch ist ein geschichtliches Wesen mit einer einmaligen Biografie.
5	Der Mensch ist ein verletzliches, bedürftiges und hoffendes Wesen.

3.6 Konsequenzen für die Notfallmedizin

3.6.1 Autonomes, ganzheitliches Individuum

Autonomie anzuerkennen bedeutet, die Therapieentscheidungen dem Willen des Patienten gemäß zu treffen. Sie ist unabhängig von intellektueller Leistung. Bewusstlosigkeit eines Patienten hebt sie nicht auf, sondern führt dazu, seinen mutmaßlichen Willen zu erkunden. Auch im fürsorglichen Umgang geht es darum, die Autonomie wirksam werden zu lassen (Rehbock 2005).

Das heißt auch in Notfallsituationen: aktiv nach dem Willen des Patienten und eventuellen mündlichen oder schriftlichen Vorausverfügungen (Patientenverfügungen) zu fragen; den Patienten, soweit es möglich ist, über die durchgeführten und geplanten Schritte zu informieren; und partnerschaftlich mit dem Kranken umzugehen, denn trotz des Gefälles in der Fachkompetenz und des zeitlichen und emotionalen Drucks im Notfall begegnen sich zwei autonome Individuen. Individualität hat auch mit Identität zu tun. Charakteristikum von Leben ist das Bestreben, seine Identität zu erhalten und gegen Zerstörung zu schützen (Weber 2015). Inhalt und Umfang dieses Bestrebens kann nur vom Betroffenen her festgelegt werden.

Notfallmedizin zielt primär auf Organfunktionen, wirkt aber immer auf den ganzen Menschen mit Körper und Psyche. Für den Kranken greift eins ins andere. In einem ganzheitlichen Menschenbild sind alle Aspekte gleichgewichtig, wenn auch nicht immer gleichzeitig. Der Erhalt der Organfunktionen ist unverzichtbares Element von Humanität, weil der Körper Basis für das ganzheitliche menschliche Leben ist. Daher steht er bei Störung der Vitalfunktionen zunächst auch im Vordergrund. Ist die Lebensbedrohung überwunden, bekommen psychische und spirituelle Aspekte größeres Gewicht. Die apparativ gestützte Medizin wird ohne Zuwendung als unmenschlich bezeichnet. Eine persönliche Zuwendung ist aber ebenso inhuman, wenn dabei z.B. die Ateminsuffizienz nicht durch eine mögliche Beatmung überbrückt wird (Salomon 1996).

> *Jede einseitige Medizin – ob nur technisch oder nur psychisch orientiert – ist inhuman.*

3.6.2 Mensch in Beziehungen

Der Mensch ist Mitmensch. Der relationale Aspekt bedeutet: Wenn die Erkrankung den Patienten auch aus Umgebung und Lebensrhythmus reißt, bleibt er doch in seinen sozialen Bezügen. Notfälle ereignen sich zu einem Teil im gewohnten sozialen Umfeld, z.B. in Anwesenheit von Familienangehörigen, Freunden oder Arbeitskollegen. Hier ist hohe Sensibilität vom Rettungsteam gefordert, ob man die Angehörigen als Vertrauenspersonen beim Notfallpatienten lässt. Auch Reanimationen sind in Gegenwart von Angehörigen möglich, ja sogar sinnvoll, weil die Angehörigen das engagierte Bemühen wahrnehmen oder sogar als Helfende (z.B. Infusion halten) unterstützen können. Ist die Bezugsperson eher ein Stressfaktor für den noch wahrnehmungsfähigen Notfallpatienten, muss ihr deutlich gemacht werden, dass der Schutz des Kranken Vorrang hat und sie den Raum verlassen muss. Bei Notfällen am

Arbeitsplatz muss der Schutz der Intimsphäre beachtet werden. Der Kranke als Hilfloser oder Entkleideter sollte den Blicken der Kollegen nur ausgesetzt werden, wenn es unvermeidbar ist. Das gilt absolut bei Notfällen in der Öffentlichkeit, um das Notfallopfer vor Voyeurismen zu schützen.

Im Umgang miteinander realisiert sich Bezogensein menschlichen Lebens und in der Kommunikation die Gewissheit der gegenseitigen Zuwendung (Buber 1984; Werbick 2005).

Relationalität meint neben dem zwischenmenschlichen Kontakt auch die gesellschaftliche Einbindung. Hier haben Ressourcen- und Allokationsfragen ihren angemessenen Platz, denn Überlegungen zur Verteilungsgerechtigkeit dürfen nicht ausgeblendet werden. Der Verzicht auf eine nicht mehr wirksame oder gewollte Therapie kann Mittel für andere freimachen. Das ist kein unmenschlicher, sondern ein mitmenschlicher Gedanke, der bei Therapieentscheidungen mit erwogen werden muss.

3.6.3 Transzendenz

Für die meisten Weltanschauungen und Religionen ist der Mensch in einen transzendentalen Sinnzusammenhang eingebunden, was nicht per se eine über das erfahrbare Leben hinausgehende Weiterexistenz meint (Härle 2002; Heim 1998; Schmidt 1995; Lehmann 2008). Theologisch formuliert ist der Mensch Geschöpf. Transzendenz relativiert die Selbstbezogenheit des Menschen, entlastet vom Erfolgsdruck der Letztverantwortlichkeit und weist auf Grenzen und Bereiche hin, die unverfügbar sind.

> *Transzendenz macht bescheiden und wirkt einer Selbstüberheblichkeit entgegen.*

In der Notfallmedizin wird massiv über einen anderen Menschen verfügt. Geschöpflichkeit oder transzendentale Einbindung weisen auf ein Personsein des Patienten hin, das dem Personsein des Therapeuten entspricht (Werbick 2005). Beide sind gleichwertige Partner vor einem außerhalb ihrer selbst verorteten sinngebenden Prinzip. Patienten sind nicht Verfügungsmasse von Arzt, Pflegenden und Rettungskräften, sondern sich ihnen anvertrauende Menschen. Da das Leben letztlich nicht in der Hand des helfenden Teams liegt, ist der Tod eines Patienten auch nicht Niederlage.

3.6.4 Biografische Geschichtlichkeit

Der Mensch ist eingebunden in Zeit und Geschichte, sein Leben hat Anfang und Ende. Dazwischen durchlebt jeder seine individuelle Biografie, die Verhalten und Sosein bedingen. Es geht um die Lebensgeschichte des Kranken, nicht der Krankheit (Gahl 1999; Heim 1998; Uexküll et al. 2002).

In der zeitgerichteten Existenz hat jede Lebensphase trotz spezifischer Besonderheiten gleichen Wert für den Menschen, der jederzeit ganzheitliches Individuum, Mitmensch und in einen transzendentalen Sinnzusammenhang eingebunden ist. Alter ist kein Defektzustand, sondern wie Kindheit, Adoleszenz oder mittleres Lebensalter von je eigenen Fähigkeiten, physiologischen Normalwerten und sozialen Bezügen

gekennzeichnet. Lebensalter darf kein Kriterium für oder gegen eine Therapie sein, wenn auch Einsätze zu Kindernotfällen beim Rettungsteam zu schnellerem Handeln und Fahren führen als Alarmierungen aus Altenpflegeeinrichtungen. Wenn alte Menschen im Mittel eine geringere Chance haben, Notfälle schadlos zu überstehen, liegt das an Multimorbidität, geringeren eigenen Ressourcen zur Rehabilitation sowie an der häufiger zu findenden Haltung, das nahende Lebensende zu akzeptieren und nicht mehr alle Mittel nutzen zu wollen.

3.6.5 Verletzlich und hoffend

Menschliches Leben ist verletzlich und bedürftig (Lehmann 2008; Rehbock 2005). Daraus erwachsen der Wunsch, Hilfe zu bekommen (Weber 2015), und der Antrieb, Hilfe zu leisten. Medizin bezieht ihren Auftrag aus der Mangelhaftigkeit des Menschen, die sie – so differenziert und engagiert sie sein mag – nicht aufheben kann, da sie wesenhaft zum Menschen gehört.

Zum Menschen gehört aber auch die Hoffnung, Gefahren meistern und den Tod – wenn nicht abschaffen – so doch wenigstens hinausschieben zu können. Soweit sie sich auf Überwinden der akuten Bedrohung, Minderung des Leidens und Steigerung von Lebensqualität richtet, muss sie vom Notfallteam bestärkt werden, weil das Ressourcen des Kranken mobilisiert. Wenn keine Hilfe zum Überleben möglich ist, ist durch Anwesenheit, Zuwendung und Symptombehandlung (Schmerztherapie, Lindern von Luftnot und Angst) sowie gegebenenfalls auch Sedierung verbal und nonverbal Beistand zu vermitteln. Bei Massenunfällen mit der Erfordernis, durch Triage Behandlungsschwerpunkte zu setzen, kann das zu emotionalen Konflikten bei den Helfenden führen. Sie müssen zu deren Schutz nachbearbeitet werden.

> *Unbegrenztes Leben, Fehlen von Krankheit und uneingeschränkte Heilung bleiben Utopie. Eine Medizin, die den Eindruck vermittelt, das erreichen zu können, ist unredlich und muss an ihrer Überheblichkeit scheitern.*

3.7 Fähig zum Dialog

In Notfällen treffen innerhalb und außerhalb der Klinik Beteiligte unterschiedlicher Kulturkreise und Religionen aufeinander. Wenn auch primär die Lebensrettung bei allen weltanschaulichen Positionen konsensfähig ist, ergeben sich für die Art des Umgangs miteinander und die mögliche weitere Versorgung je nach persönlicher Haltung unterschiedliche Optionen. Die unvermeidbaren Entscheidungen verlangen eine Verständigung über Handlungsalternativen und eine Begründung der jeweiligen Position. Auch vermeintlich reine Sachentscheidungen sind eingebettet in ein Menschenbild, z.B.: Kümmert sich eine weibliche oder männliche Person um das Notfallopfer? Wie wird mit dem Leichnam nach erfolgloser Reanimation umgegangen?

> **Zur Humanität gehört unverzichtbar der kooperative, herrschaftsfreie Dialog zwischen den Beteiligten.**

Nur im Dialog können die kritischen ethischen Fragen im Kontext aller anderen Aspekte nachvollziehbar geklärt werden (Habermas 1983; Werbick 2005). Das braucht institutionalisierte Zeiten, zum Gespräch einladende Räume und dialogbereite Mitarbeitende (s. Tab. 9). Die Abläufe von Notfallversorgungen mit den aufgekommenen Emotionen und ethischen Fragen brauchen ein Nachgespräch, um die Qualität zu erhalten und zu verbessern, die eigenen Belastungen zu versprachlichen und die Entscheidungskriterien bewusst zu machen und auch zu hinterfragen.

Tab. 9 Elemente der Dialogfähigkeit im Diskurs

Ein Dialog ist notwendig …	Er muss mit folgenden Eigenschaften erfolgen
… mit sich selbst	selbstkritisch, emotional kompetent
… mit dem Patienten	offen, partnerschaftlich
… mit den Angehörigen	zugewandt, aufmerksam
… mit Vertretern der eigenen Berufsgruppe	kritisch, herrschaftsfrei, über Hierarchiestufen hinweg
… mit Vertretern anderer Berufsgruppen	teamfähig, kooperativ, wertschätzend
… mit der Öffentlichkeit	ehrlich, bescheiden

Dialog verlangt Kommunikation. Auch wenn wir in Interaktionen ständig kommunizieren – in Notfällen allerdings in pragmatischer Kürze –, brauchen gerade Gespräche und Umgang miteinander bei kritischen, emotionalen und weltanschaulichen Inhalten eine bewusste Vorbereitung. Kommunikation darüber muss in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung sowie Fortbildung eingeübt werden. Jeder im Rettungsdienst und in Notfallteam Tätige bringt aus seiner Sozialisation ein Menschenbild mit, das im Diskurs versprachlicht und vertreten werden muss. Nur so können andere Positionen verstanden und respektiert werden – eine notwendige Voraussetzung, um Medizin human sein zu lassen.



Ethik erschöpft sich nicht in Kommunikation, aber ohne Kommunikation läuft Ethik Gefahr, dogmatisch und engstirnig zu werden.

Literatur

Bergner T (2010) Burnout bei Ärzten. Schattauer, Stuttgart, New York, 2. Aufl.

Brandt L (1989) Die Entstehung der modernen Notfallmedizin im 17. und 18. Jahrhundert. Notfallmed 15: 357–365

Buber M (1984) Das dialogische Prinzip. Wissenschaftl. Buchges., Darmstadt, 5. Aufl.

Descartes R (1642) Meditationen über die Erste Philosophie. Reclam, Stuttgart 1971

Gahl K (1999) Über die Einheit des Menschen aus ärztlicher Sicht. EthikMed 11: 2–11

Habermas J (1983) Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Suhrkamp, Frankfurt/M.

Härle W (2002) Mensch – VII.1. problemgeschichtlich und systematisch. In: Betz HD, Browning DS, Janowski B, Jüngel E (Hrsg.) RGG. Mohr, Siebeck, Tübingen, 4. Aufl., Bd. 5, S. 1066–1072

Heim N (1998) Leitideen und Menschenbilder in der Medizin. Zeitschr. f. med. Ethik 44: 231–246

Institut für Demoskopie Allensbach (2013) Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer – Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013. http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/PD_2013_05.pdf (Zugriff am 09.06.2015)

Lehmann K (2008) Leiden ohne Ende – Lebenserhaltung um jeden Preis? Oder: Wann darf ein Mensch sterben? In: Junginger T, Perneczky A, Vahl C-F, Werner C (Hrsg.) Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Springer, Heidelberg, S. 45–58

Nagel E (2007) Solidarität oder Eigenverantwortung, Zuwendung oder Zuteilung? In: Bittman K (Hrsg.) Ärzte im Sog der Ökonomie. mdv, Berlin, S. 106–113

Oberender P, Schwegel P (2007) Patient Gesundheitswesen: Ökonomen setzen das Skalpell an. In: Bittman K (Hrsg.) Ärzte im Sog der Ökonomie. mdv, Berlin, 14–23

Rehbock T (2005) Personsein in Grenzsituationen. Mentis, Paderborn

Salomon F (1996) Leben und Sterben in der Intensivmedizin – eine Herausforderung an die ärztliche Ethik. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2. Aufl.

Salomon F (2010) Ökonomie und Ethik im Klinikalltag. Der Arzt im Spannungsfeld zwischen Patientenwohl und Wirtschaftlichkeit. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 45: 128–131

Schmidt KW (1995) Therapieziel und „Menschenbild". LIT, Münster

Uexküll T von, Geigges W, Plassmann R (2002) Integrierte Medizin. Schattauer, Stuttgart, New York

Weber A (2015) Leben auf der Kippe, ZEIT-Interview. http://www.zeit.de/2015/14/leben-biologie-philosophie-andreas-weber/komplettansicht (Zugriff am 10.06.15)

Werbick J (2005) Person. In: Eicher P (Hrsg.) NHthG. Kösel, München, Bd. 3, S. 351–361

Wettreck R (1999) „Arzt sein – Mensch bleiben". LIT, Münster



Prof. Dr. med. Fred Salomon

Studium der Evangelischen Theologie und Medizin. Habilitation für „Ethik in der Medizin" an der Universität Gießen. Von 1990 bis 2013 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin am Klinikum Lippe-Lemgo. Lehre in „Ethik in der Medizin" an der Universität Gießen. Ethikberater, Koordinator für Ethikberatung und Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM). Vorstandsmitglied der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Mitglied der AEM-Arbeitsgruppen „Pflege und Ethik" und „Ethikberatung im Gesundheitswesen". Mitglied der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Publikationen zu ethischen Fragen von Intensiv-, Notfall- und Palliativmedizin, Organtransplantation, Menschenbild in der Medizin, Wahrheit am Krankenbett, Grenzfragen zwischen Theologie und Medizin, Ethikberatung und Vermittlung von Ethik.

4 Ethische Herausforderungen in der präklinischen Notfallmedizin

Heiner Krieter

4.1 Einleitung

Die Notfallmedizin in Deutschland hat ein im Vergleich zu anderen Ländern extrem hohes Niveau erreicht. Nirgends sonst auf der Welt findet sich ein rund um die Uhr flächendeckendes und arztbesetztes Notfallsystem. Neben den erweiterten therapeutischen Maßnahmen eröffneten sich in den vergangenen Jahren zahlreiche diagnostische Optionen, die noch am Einsatzort zuverlässige Entscheidungshilfen geben. Schließlich trägt die Weiterentwicklung des Berufsbilds vom Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter dazu bei, dass Notfallpatienten bereits präklinisch von einem hoch qualifizierten Rettungsteam fachlich kompetent betreut werden können. Während die technischen, medizinischen und personellen Standards wohldefiniert sind, fehlen derzeit noch weitgehend vergleichbare Standards und Handlungsempfehlungen für ethische Fragen. Dies verwundert umso mehr, als gerade in der Notfallmedizin kritische Entscheidungen bei lebensbedrohlichen Erkrankungen eher die Regel als die Ausnahme sind. Diese Entscheidungen werden zudem stets unter hohem Zeitdruck getroffen, sodass es wichtig und hilfreich wäre, neben der medizinisch fachlichen Expertise auch ethische Handlungsempfehlungen mit einbeziehen zu können. Ziel dieses Kapitels soll es daher sein, den Fokus auf diesen wichtigen Bereich der Notfallmedizin zu richten.

Fallbeispiel: Die Würde des Menschen ist unantastbar (Artikel 1, Absatz 1, Satz 1 Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland)

Einsatzmeldung 21:46 Uhr, internistischer Notfall/Wohnungsöffnung. Bei Eintreffen des Notarztes bietet sich folgendes Bild: Eine 97-jährige Patientin liegt mit einem Nachthemd

bekleidet im Bett und ruft um Hilfe. Sie versucht aus dem Bett zu steigen, wird daran durch die Besatzung des RTW, die einige Minuten zuvor eingetroffen war, wiederholt gehindert. Die Rettungsassistentin des kurz vor dem NEF eingetroffenen RTW berichtet, dass die Patientin offenbar verwirrt sei, der Blutdruck betrage 210 zu 100 mmHg, das Anlegen eines EKG sei am Widerstand der Patientin gescheitert. Außerdem bittet sie den Notarzt, dafür zu sorgen, dass alle nicht an der medizinischen Versorgung beteiligten Einsatzkräfte das Schlafzimmer verlassen. In der nicht sehr großen Wohnung der Patientin, die sie seit dem Tode ihres Mannes vor einem Jahr sonst allein bewohnt, befinden sich zu diesem Zeitpunkt folgende Personen: zwei Polizisten, drei Feuerwehrleute, ein Nachbar, drei Rettungsassistenten und ein Notarzt. Polizei und Feuerwehr waren hinzugezogen worden, um die Wohnung zu öffnen. Es wurde vermutet, der Patientin sei etwas zugestoßen, da sie sich entgegen ihrer festen Gewohnheit nicht bei der in einer anderen Stadt lebenden Tochter telefonisch gemeldet hatte und auch selbst nicht am Telefon zu erreichen gewesen war.

Es bedarf mehrerer Aufrufe, bis im Schlafzimmer bei der Patientin nur noch die Rettungsassistentin und der Notarzt verbleiben. Zwischenzeitlich trifft die Tochter ein und fragt barsch, weshalb die Patientin noch nicht in die Klinik transportiert worden sei. In diesem Moment gelingt es der Patientin, die Schublade ihres Nachttisches zu öffnen und das darin befindliche Hörgerät in Betrieb zu nehmen. Die Tochter bestätigt, dass ihre Mutter altersschwerhörig sei. Das Hörgerät erlaubt nun, mit der Patientin in Kontakt zu treten. Sie berichtet, dass sie plötzlich aus dem Schlaf gerissen wurde und ihre Wohnung voller fremder Leute fand. Sie fürchtete, in ihrer Wohnung sei eingebrochen worden. Nach kurzem Gespräch und Klärung der Situation geht es der Patientin deutlich besser, Blutdruck und Puls normalisieren sich und sie lehnt einen Transport in die Klinik vehement ab. Die Tochter widerspricht der Mutter. Sie ist der Auffassung, nur in der Klinik könne die Mutter sicher versorgt werden. Es bedarf eines ausführlichen Gesprächs, bis auch die Tochter die Entscheidung der Mutter akzeptiert.

Dieses Fallbeispiel zeigt, wie schnelles und von hoher Motivation getragenes Handeln dazu führen kann, die Würde und den Willen eines Menschen zu missachten. Veranlasst durch die verständliche Sorge der Tochter wird eine Handlungskette angestoßen, an deren Ende zehn Personen in die Wohnung einer zurückgezogen lebenden Witwe eindringen und diese aus dem Schlaf reißen. Wie konnte es dazu kommen?

Seit einigen Jahren versucht man in der Medizin, durch den Einsatz von Algorithmen Entscheidungs- und Handlungsabläufe zu standardisieren. Dies geschieht unter der Vorstellung, dass Algorithmen in kritischen, von hohem Zeitdruck gekennzeichneten Situationen mehr Sicherheit und Effizienz bieten können. Als Vorbild dienen dabei Algorithmen und Entscheidungsbäume, wie sie bei der Programmierung von Computern verwendet werden. Im Gegensatz zum Computer, dessen Multitasking-Fähigkeiten noch sehr beschränkt sind, vermag das menschliche Gehirn jedoch sehr gut, parallele Handlungsebenen abzuarbeiten. Ohne Zweifel helfen Algorithmen, bei komplexeren Handlungsabfolgen einen sicheren und vollständigen Ablauf zu gewährleisten. So werden solche Algorithmen in der Notfallmedizin beim Herz-Kreislauf-Stillstand, der Versorgung von Schwerverletzten sowie im Rahmen der erweiterten Kompetenzen von Rettungsassistenten und Notfallsanitätern sinnvoll eingesetzt. Ergänzend dazu wäre es folgerichtig, auch einen „ethischen Algorithmus" zu entwickeln. Salomon stellte 2009 ein Schema vor, das die wesentlichen Fragen zu ethischen Entscheidungen zusammenfasst. Basierend darauf soll im Folgenden ver-



Erster Eindruck
Einschätzen des Patienten, seines sozialen Umfelds und der Situation bezüglich zu erwartender ethischer Fragen

Team
Austausch der gesammelten Informationen und Abstimmung des weiteren Handlungsablaufs. Benennen einer Bezugsperson

Haltung
Überprüfen der eigenen Haltung zum Patienten und dessen Bedürfnissen

Individualität und Willensäußerung
Schutz der Privatsphäre und Beachtung der Willensäußerungen des Patienten in Gestik, Sprache oder durch eine Patientenverfügung

Kommunikation
Mit dem Patienten, mit dem sozialen Umfeld, im Team und ggf. mit anderen Rettungskräften unter Einhaltung der Schweigepflicht!

Abb. 2 Algorithmus Ethik in der Notfallmedizin. Dieser Algorithmus soll parallel zu medizinisch notwendigen Maßnahmen ablaufen und stellt sicher, dass alle wesentlichen Eckpunkte, die zur Würde des Patienten beitragen können, beachtet werden.

sucht werden, die Bausteine eines solchen Algorithmus vorzustellen und diese sodann in einen mnemotechnischen Bezug zu setzen, der auch im Notfall anwendbar wäre (s. Abb. 2).

4.2 Erster Eindruck

Wenn man die Erfahrungen zahlreicher Notfalleinsätze reflektiert, stellt man häufig fest, dass bereits ab der Einsatzmeldung ein Prozess beginnt, sich ein Bild von der zu erwartenden Lage zu machen. Am Einsatzort angekommen entsteht daraus dann ein Erster Eindruck, der hilfreich sein kann, die richtigen Prioritäten zu setzen. Im Fallbeispiel war die Räumung der Wohnung ein solcher Aspekt. Diese Maßnahme war medizinisch wie ethisch begründet, da zum einen anders keine Untersuchung der Patientin sinnvoll möglich, vor allem aber die Intimsphäre der Patientin zu schützen war. Bei der Behandlung von Notfallpatienten spielt der Faktor Zeit eine große Rolle. Durch qualifiziertes Personal und die medikamentös wie technisch hochwertige Ausstattung moderner Rettungsmittel können zahlreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen noch am Einsatzort durchgeführt werden, die sonst der Klinik vorbehalten waren. Dennoch gilt nach wie vor das Prinzip der sogenannten *Golden Hour*, nach der ein Patient das Krankenhaus erreicht haben sollte. Von daher steht die Priorisierung der notwendigen Maßnahmen im Interesse des Patienten an erster Stelle. Andererseits besteht das Rettungsteam aus mehreren Personen, sodass ethisch begründete Maßnahmen auch begleitend durchführbar sind. Selbstverständlich dürfen die medizinisch unverzüglich erforderlichen Maßnahmen bei vitaler Bedrohung dadurch nicht verzögert werden.

4.3 Team

Mit dem Rettungsteam sollten gemeinsam Informationen gesammelt und der Erste Eindruck sowie die daraus abgeleitete Priorisierung der weiteren Maßnahmen so früh wie möglich besprochen werden. Diese Abstimmung ist unerlässlich, um einen koordinierten Handlungsablauf zu gewährleisten und die Aufgaben sinnvoll zu verteilen. Neben den „technischen" Dingen (Diagnostik, Vorbereiten von Medikamenten) sollte **eine** Person den Kontakt zum Patienten halten. Der Patient hat dadurch einen festen Ansprechpartner und kann Auskunft geben, aber auch eigene Fragen stellen. Die Erfahrung zeigt, dass dieses Vorgehen Zeit spart, wichtige Informationen sammelt und dem Patient das Gefühl vermittelt, nicht „versorgt", sondern vor allem umsorgt zu sein.

4.4 Haltung

Ethisches Handeln erfordert eine besondere Haltung, um ethische Prinzipien zu wahren. Gerade Notfalleinsätze entwickeln mitunter eine Eigendynamik, in der zwar die beste medizinische Behandlung als Ziel erreicht wird, Autonomie und Würde des Patienten jedoch auf der Strecke bleiben. Um das zu verhindern, bedarf es einer Haltung, die ethische wie medizinische Aspekte erkennt und auf die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten abstimmt. Diese Selbstbestimmung leitet sich aus der durch das Grundgesetz geschützten Würde und Freiheit des Menschen ab.

Jeder medizinisch indizierte Eingriff bedarf daher zwingend der Einwilligung des Patienten. Der Patient kann jederzeit seine Einwilligung widerrufen oder die Fortsetzung der Behandlung ablehnen. Ist der Patient nicht zu einer klaren Willensbekundung in der Lage, ist nach dessen mutmaßlichem Willen zu handeln (vgl. Kap. 8 „Wahrung der Patienten-Selbstbestimmung in der Notfallmedizin durch vorausschauende Behandlungsplanung [Advance Care Planning]"). Im geschilderten Fallbeispiel bedarf die Rolle der Tochter der Patientin einer genaueren Betrachtung. Sie hatte ihre Mutter telefonisch nicht erreichen können und war daher in großer Sorge über deren Zustand. Der von ihr kontaktierte Nachbar erhielt auf Klingeln und Klopfen keine Reaktion der Patientin. Somit ist die Wohnungsöffnung durch die Feuerwehr eine sinnvolle Maßnahme für den vermuteten Notfall einer hilflos in der Wohnung liegenden alleinstehenden Dame. Die später am Notfallort eintreffende Tochter drängte sehr auf eine Klinikeinweisung ihrer Mutter. So ergibt sich einmal mehr eine potenzielle Konfliktsituation zwischen Patientin und deren Angehörigen. Aufgabe des Rettungsteams ist in diesen Fällen vor allem, eine möglichst einvernehmliche, aber dem Patientenwillen entsprechende Lösung herbeizuführen. Im konkreten Fall konnte die Tochter überzeugt werden, dass der Wunsch der Mutter, zuhause zu bleiben, nicht nur verständlich, sondern auch aus medizinischer Sicht vertretbar sei. Selbst wenn die medizinische Situation der Patientin nicht völlig stabil gewesen wäre, hätte der Wille der Patientin, zuhause zu bleiben, berücksichtigt werden müssen. Ein Abweichen vom ausdrücklichen Wunsch der Patienten ist nur dann in Erwägung zu ziehen, wenn Zweifel an deren Urteils- und Willensbildungsfähigkeit gegeben sind oder wenn sich konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben haben, dass möglicherweise sogar eine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. Gerade bezüglich der Eigengefährdung ist eine sorgfältige Prüfung der Urteilsfähigkeit eines Patienten unerläss-

lich, um sicherzugehen, dass es sich tatsächlich um eine freie und fundierte Willensbildung und nicht um eine Kurzschlussreaktion handelt. Diese Differenzierung ist auch für den erfahrenen Notarzt, der den Patienten in der Regel erst seit wenigen Minuten kennt, oft extrem schwierig. Hier kann es erforderlich sein, eine fachliche Begutachtung durch einen Psychiater herbeizuführen. Dies wird in aller Regel nur durch den Transport in eine Klinik mit entsprechendem Konsildienst möglich sein.

4.5 Individualität und Willensäußerung

Notfallsituationen finden nicht selten im öffentlichen Raum statt und ziehen damit das Interesse vieler Passanten auf sich. Dennoch gilt es auch hier, die Privatsphäre eines Patienten so weit wie irgend möglich zu schützen. Bereits in dem geschilderten Fallbeispiel in der Wohnung einer Patientin wurde wiederholt ohne triftigen Grund die Privatsphäre durchbrochen. Man möge sich einmal vor Augen führen, wie die Situation aus Sicht der Patientin empfunden wurde. Sie wird in ihrem Bett spät abends durch Schütteln an der Schulter von einer ihr unbekannten Person geweckt. In ihrem Schlafzimmer sieht sie fünf weitere ihr völlig unbekannte Personen. Sie hört die ihr gestellten Fragen nicht. Ihr Versuch, das im Nachttisch befindliche Hörgerät einzusetzen, wird vermutlich aus Angst, dass sie aus dem Bett fallen könne, verhindert. Dass sie in einer solchen Situation den Versuch der Rettungsassistentin, ein EKG anzulegen, unterbindet, ist angesichts der Anwesenheit ihr fremder Personen durchaus verständlich. Möglicherweise wäre die Situation für die Patientin und das Rettungsteam frühzeitig entspannt worden, wenn alle nicht zur medizinischen Versorgung notwendigen Personen früher aus dem Raum geschickt worden wären. Des Weiteren ist es oft hilfreich, wenn eine Person gleichen Geschlechts (in diesem Fall die Rettungsassistentin) die Maßnahmen durchführt, die das Schamgefühl der Patientin berühren. Schließlich wäre es möglich gewesen, den Grund zu erfragen, warum sich die Patientin aus dem Bett erheben wollte.

In einem Gebäude lässt sich ein Notfallpatient meistens gut vor der Öffentlichkeit abschirmen. Anders ist die Lage bei einem Notfallort im Freien, beispielsweise bei einem Verkehrsunfall oder bei einem Notfall im Rahmen einer Großveranstaltung, wo zunächst keinerlei bauliche Barrieren den Blick auf den Patienten verstellen. Ein zunehmendes Problem stellt darüber hinaus der sogenannte Notfalltourismus Schaulustiger dar. Informiert durch Internet oder Verkehrsfunk suchen diese Menschen gezielt Notfallorte auf, um „live“ dabei zu sein. Das rücksichtslose Verhalten dieser Gaffer geht so weit, dass sie den Rettungseinsatz massiv behindern, beispielsweise indem sie so nahe an die Einsatzkräfte rücken, dass kaum noch Raum für die Notfallmaßnahmen bleibt.

Ein wirksames Mittel, um hier Entlastung zu erlangen, ist die gezielte Ansprache einzelner Personen und deren Einbindung in die Rettungsmaßnahmen: „Würden Sie bitte diese Infusion hochhalten!!“. Nimmt der Angesprochene den Auftrag an, dann weichen die Übrigen ein paar Schritte zurück, um nicht als nächste involviert zu werden. Lautstarke Belehrungen schlagen meist fehl und finden nicht selten Veröffentlichung im Internet, da gerade in solchen Einsatzsituationen zahlreiche Videoclips mit den omnipräsenten Smartphones aufgezeichnet werden. In Abänderung des Kant'schen kategorischen Imperativs könnte man heute formulieren: Handle stets so, dass dein Tun als Video aufgezeichnet und im Internet veröffentlicht werden kann.

Jeder invasive medizinische Eingriff setzt die wirksame Aufklärung sowie das Einverständnis des Patienten voraus. Diese Regel gilt auch bei Notfallpatienten. Ist der Patient nicht einwilligungsfähig, beispielsweise weil er die Tragweite seiner Entscheidung nicht absehen kann oder seine Urteilsfähigkeit infrage steht, ist der mutmaßliche Wille eines urteilsfähigen und die Tragweite der Entscheidung erfassenden Patienten zu unterstellen. Hat der Patient eine Patientenverfügung erstellt, in der für den konkreten Fall einschlägige Anweisungen enthalten sind, ist diese zu berücksichtigen. Liegt ein vital bedrohlicher Notfall vor, der unmittelbares Handeln erfordert, ist es meist nicht vertretbar, wertvolle Zeit mit der Bewertung der vorgelegten Patientenverfügung sowie der Sicherung der korrekten Identität des Verfügenden zu vertun. In einem solchen Fall sind Maßnahmen zu ergreifen, die möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt in Kenntnis der detaillierten Vorgaben der Patientenverfügung und Nachversicherung der Identität wieder revidiert werden müssen. Ein solches Handeln ist aus ethischer Sicht insofern vertretbar, als im umgekehrten Fall wertvolle Zeit verschenkt wird, ohne dass im Vorhinein bekannt ist, ob der Patient durch seine Verfügung eben diesen Maßnahmen zustimmt oder diese ablehnt. Mithin würde die mit der Bewertung der Patientenverfügung verbundene Verzögerung immer dann dem Willen des Patienten widersprechen, wenn sich in der Patientenverfügung kein Hinweis darauf findet, dass die konkreten Maßnahmen vom Patienten nicht gewünscht werden. Aus ethischer und juristischer Sicht ist es gerechtfertigt, auf die in der Notfallsituation nach Standards oder Algorithmen eingeleiteten Maßnahmen später wieder zu verzichten, wenn der Informationsstand eine angemessenere Beurteilung zulässt. Dies entspricht der in der Medizinethik heute vorherrschenden und juristisch unterstützten Auffassung, dass nicht der Abbruch einer Maßnahme begründet werden, sondern die Indikation für ihre Durchführung gegeben sein muss. Besteht keine Indikation (mehr) oder mangelt es an einer wirksamen Einwilligung durch den Patienten, ist die Weiterführung nicht mehr gerechtfertigt (vgl. Positionspapier der DIVI zur Therapiebegrenzung und Therapiezieländerung [Janssens et al. 2012]).

Immer mehr Menschen lehnen unter bestimmten Voraussetzungen die Einleitung von Wiederbelebungsmaßnahmen ab. Dies kann durch eine entsprechende Passage in der Patientenverfügung oder auch durch ein kurzes Dokument geschehen, das der Patient stets bei sich trägt. Mitunter enthält auch die Akte in stationären Pflegeeinrichtungen einen sogenannten DNR „*Do-not-resuscitate*"- oder, zutreffender, DNAR „*Do-not-attempt-resuscitation*"-Hinweis. Auf jeden Fall muss sorgfältig auf die Übereinstimmung der Identität geachtet werden. Im Zweifel ist unverzüglich mit Reanimationsmaßnahmen zu beginnen.

4.6 Kommunikation

Die schwerhörige Patientin des Fallbeispiels zeigt, welchen Einfluss Kommunikationsprobleme auf die Interaktion zwischen Patient und Einsatzkräften hatten. Dabei dient die Kommunikation nicht allein dem Austausch von Fakten (Sachebene), vielmehr hat die Kommunikation mit Patienten auch therapeutische Aspekte (Angst und Stress lindern durch Information, Trost, Mitgefühl). Störungen der Kommunikation haben vielfältige Ursachen: Hörvermögen, Sprechstörung, fehlendes Gebiss, Einschränkung der zerebralen Leistungsfähigkeit durch somatische und/oder psychische Erkrankung.

Es sollte auf jeden Fall versucht werden, die bestehende Störung zu erkennen und zu kompensieren. So ist beispielsweise eine Kommunikation mit einem an Amyotropher Lateralsklerose erkrankten Patienten, der nahezu vollständig gelähmt ist, noch über Augenzwinkern oder andere eindeutige motorische Reaktionen möglich, sofern die Fragen so gestellt werden, dass sie mit ja oder nein zu beantworten sind. Gerade in kritischen Situationen, die für den Patienten auch eine hohe emotionale Beteiligung bewirken, hat die nonverbale Kommunikation besonderes Gewicht. Allein die Haltung, die Gestik und Mimik, mit der man einem Patienten gegenübertritt, können Vertrauen wecken und beruhigen oder aber Unsicherheit und Angst steigern und sogar Aggressivität auslösen. Es erfordert Erfahrung und Einfühlungsvermögen, um in der jeweiligen Situation angemessen reagieren zu können. Dazu zählt im Einzelfall auch das Halten der Hand oder ein In-den-Arm-Nehmen des Patienten.

Innerhalb des Teams ist eine klare Kommunikation von zentraler Bedeutung, um Missverständnisse zu vermeiden und vollständige Informationen zu sammeln. Mutmaßungen oder nicht weitergegebene Informationen können zu falschen Beurteilungen und damit zu Fehlentscheidungen führen.

Die Abbildung des dargestellten Ethik-Algorithmus (s. Abb. 2) soll helfen, in einer Notfallsituation die wesentlichen Elemente ethischen Handelns nicht zu übersehen. Er ist bewusst nicht in die Abfolge medizinischer Algorithmen eingefügt, da er wie eingangs beschrieben parallel zu den übrigen Maßnahmen gesehen werden muss. Der erste Schritt dieses Algorithmus ist folgerichtig die Priorisierung der Maßnahmen. Damit soll vermieden werden, dass dringende medizinische Maßnahmen verzögert werden, andererseits ist bei jedem Schritt zu prüfen, inwieweit die Maßnahme ethisch vertretbar ist. Dabei spielen die Autonomie und der möglicherweise auch schriftlich festgelegte Wille des Patienten eine entscheidende Rolle. Die Beachtung der im Algorithmus zusammengefassten Elemente stellt auch beim Notfallpatienten sicher, dass dessen Würde respektiert wird.

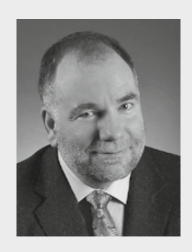
Literatur

Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P, Simon A, Stopfkuchen H, Valentin A, Weiler N, Neitzke G (2012) Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Therapiezielaenderung/Positionspapier_Ethik_2012.pdf (Zugriff am 20.08.2015)

Salomon F (2009) Ethische Aspekte der Entscheidungsfindung. In: Madler C, Jauch K-W, Werdan K, Siegrist J, Pajonk F-G (Hrsg.) Akutmedizin – Die ersten 24 Stunden. Das NAW Buch. Elsevier, S. 161–167

Srivastava R (2013) Speaking Up – When Doctors Navigate Medical Hierarchy. New England Journal of Medicine 368(4): 302–305

Stern R, Arntz H-R (2012) Ethik und Notfallmedizin. Notfall + Rettungsmedizin 15(8): 657–674



PD Dr. med. Heiner Krieter, DEAA

1980–1982 Studium der Physik in Münster. Studium der Humanmedizin 1981–1987 an der FU Berlin und der Medizinischen Universität zu Lübeck. 1987–1989 Studium Medizintechnik/Physikalische Technik an der FH Lübeck. 1988–1990 Wissenschaftlicher Angestellter des Instituts für Anästhesiologie der Medizinischen Universität zu Lübeck (Prof. Dr. van Ackern). Forschung an der Abteilung für Experimentelle Chirurgie der Universität Heidelberg (Prof. Dr. Meßmer). Promotion 1992. 1991–2005 Arzt an der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg (Prof. Dr. van Ackern). 1998 Facharzt für Anästhesiologie. 1999 Diplom der European Academy of Anaesthesiology, DEAA. 2003 Habilitation. 2002–2005 Leitender Oberarzt des Bereichs Notfallmedizin am Universitätsklinikum Mannheim. 2005–2008 Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie einer Klinik im Saarland. Lehrtätigkeit im Fach Anästhesiologie an der Medizinischen Fakultät Mannheim. Regelmäßige Tätigkeit als Flugarzt bei der DRF. Kreisverbandsarzt und Ärztlicher Verantwortlicher Rettungsdienst beim DRK Kreisverband Mannheim. Seit 2008 Gemeinschaftspraxis mit Frau Dr. Michaela Weiß in Mannheim niedergelassen. Schwerpunkte: Anästhesiologie, Schmerztherapie und Palliativmedizin. Gründungsmitglied des Mannheimer Netzwerks „PalMa“ für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Gemeinsam mit Frau Dr. Michaela Weiß Leiter der Palliativmedizinischen Akademie in Mannheim.

5 Ethische Probleme in der Notaufnahme

Jan Padberg

5.1 Ausgangslage

Ethische Probleme und Herausforderungen begegnen uns täglich bei unserer Arbeit mit Notfallpatienten in Notaufnahmen. Diese meist kritischen Entscheidungssituationen sind keine seltenen Spezialfälle, die einen Spezialisten für Medizinethik erfordern, sondern werden von den gerade anwesenden Pflegekräften und Ärzten abgearbeitet. Typische Merkmale dieser ethischen Herausforderungen sind der hohe zeitliche Druck, Entscheidungen treffen zu müssen, und die häufig geringe Berufs- und Lebenserfahrung der primär behandelnden Ärzte (Schöpke et al. 2014).

Die in diesem Zusammenhang getroffenen Entscheidungen haben häufig weitreichende Konsequenzen für die Patienten, es geht häufig tatsächlich um Leben oder Tod. In scharfem Kontrast zu der enormen patientenbezogenen Relevanz ethischer Probleme in der Notaufnahme stehen das geringe Problembewusstsein sowie fehlende ethische Kenntnisse und Fertigkeiten der Notfallmediziner. Auch sind die rechtlichen Rahmenbedingungen im Allgemeinen wenig bekannt. Anscheinend Ausdruck von Ignoranz oder Verdrängung dieser ethischen Herausforderungen sind die geringe individuelle Auseinandersetzung mit medizinethischen Themen und die defizitäre Aus- und Weiterbildung in diesem Gebiet. Gerade die praktische, lösungsorientierte Beschäftigung mit ethischen Problemen in der Notfallmedizin findet weder im Medizinstudium noch in der ärztlichen Weiterbildung ausreichend Berücksichtigung.

Die klinische Notfallmedizin in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich weiterentwickelt. Kontinuierlich wachsende Patientenzahlen und zuneh-

mende Spezialisierung der klinischen Fachabteilungen haben zur Etablierung zentraler Notaufnahmen mit eigenen Leitungsstrukturen geführt. Die Herausforderung, gleichzeitig viele Patienten mit unterschiedlichsten Krankheitsursachen adäquat zu behandeln, mit der vollen Bandbreite von Befindlichkeitsstörungen bis hin zu akuter Lebensgefahr, hat die Professionalisierung der klinischen Notfallmedizin vorangetrieben. Dies zeigt sich unter anderem in der Gründung einer eigenen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), in 2005 und der Einführung der Zusatzweiterbildung Klinische Notfall- und Akutmedizin der Ärztekammer Berlin nach dem EuSEM-Curriculum (European Society For Emergency Medicine) in 2014. Diese spezifische Professionalisierung der Notfallmedizin wird langfristig auch die medizinethische Kompetenz in deutschen Notaufnahmen verbessern.

5.2 Probleme und Spannungsfelder

5.2.1 Der multimorbide, nicht-entscheidungsfähige Patient

Fast täglich werden in größeren Notaufnahmen Patienten eingeliefert, bei denen die folgende ethische Problemkonstellation besteht:

1. kurzfristig lebensbedrohlicher Zustand
2. hohes Alter und/oder Multimorbidität und
3. unklarer mutmaßlicher Patientenwille.

Entscheidungsberechtigte und entscheidungsfähige Angehörige bzw. Betreuer sind häufig nicht anwesend oder erreichbar. In vielen Fällen haben sich weder der Patient noch die Angehörigen mit Wunsch und Willen des Kranken am potenziellen Lebensende beschäftigt bzw. es fehlte zuvor an einer praxisnahen Beratung durch fachkompetente Ärzte. Viele Ärzte haben außerdem nur begrenzte Kenntnisse über Möglichkeiten, Erfolgswahrscheinlichkeiten und Belastungen intensivmedizinischer Maßnahmen. Die Einlieferung solcher Patienten wird von vielen Ärzten und Pflegekräften der Notaufnahmen als nicht mehr angemessen oder sinnlos eingeschätzt. Hierbei werden allerdings die palliativmedizinischen und ethischen Herausforderungen und Nöte dieser Patienten nicht wahrgenommen oder ignoriert.

5.2.2 Patientenverfügungen

Bei vielen Notfallpatienten liegen keine Patientenverfügungen vor und, falls doch, entsprechen diese meist unterschriebenen Standardformulierungen (Sommer et al. 2012; Padberg et al. 2014).

Die Verfügungen sind häufig situativ nur an „den unmittelbaren Sterbeprozess“, „das Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit“ oder „die aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringliche erloschene Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit“ gebunden. Diese Bedingungen treffen aber in der Notaufnahme selten eindeutig zu. Häufiger hat der Patient lediglich eine kurz- bis mittelfristig schlechte Prognose und kann sich aufgrund der akuten Verschlechterung seiner kognitiven Fähigkeiten nicht an einer Therapieentscheidung beteiligen.

5.2.3 Betreuung

Die Zahl der amtlich betreuten Personen ist in Deutschland in den letzten Jahren auf ca. 1,3 Millionen gestiegen, davon werden ca. 30–40% durch Berufsbetreuer versorgt (Deinert 2013). Diesen Berufsbetreuern fehlen sehr häufig valide Informationen über den mutmaßlichen Patientenwillen, auf gezielte Nachfragen folgen meist indifferente Antworten wie z.B. „Machen Sie, was ärztlich sinnvoll ist“, die bei den akuten ethischen Entscheidungen nicht hilfreich sind (Padberg et al. 2014). Es fehlt bei vielen Betreuern die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen.

5.2.4 Verantwortung

Ethische Entscheidungen in der Notfallmedizin fallen immer individuell für jeden einzelnen Patienten und sind daher nicht standardisierbar. Bei Ärzten, Pflegekräften und Rettungsdienstmitarbeitern existiert häufig eine relevante Unsicherheit in ethischen Entscheidungssituationen. Daher fällt es den Akteuren nicht selten schwer, Verantwortung zu übernehmen und diese wird, meist unbewusst, der weiterbehandelnden Einheit übergeben, um der unangenehmen Entscheidungssituation zu entkommen. Die Entscheidungsverantwortung wird wie eine „heiße Kartoffel“ möglichst rasch und vollständig weitergegeben. Am Ende dieser Kette stehen dann die Ärzte und Pflegekräfte der Intensivstationen, die sich gelegentlich fühlen wie auf einer „Station für ethische Akutfragen am Lebensende“. Zusammenfassend ist es ethische Aufgabe jedes beteiligten Handelnden, im Laufe des Behandlungs- und Entscheidungsprozesses zumindest einen Teil der Verantwortung zu übernehmen.

Insbesondere Ärzte müssen versuchen, alle von ihren Teammitgliedern gewonnenen Informationen zu erhalten, um dann ihre Einschätzung und geplante Entscheidung im Team zu besprechen und die Verantwortung zu übernehmen. Unter Umständen bleibt für diesen Prozess nur sehr wenig Zeit. Keinesfalls darf die Verantwortung, erneut wie die „heiße Kartoffel“, einfach an Angehörige des Patienten übertragen werden nach dem Motto „Sie müssen jetzt entscheiden, was wir noch machen sollen!“. Generell kann ein Spannungsfeld entstehen zwischen dem legitimen Ziel, einen Konsens im Gruppenprozess zu erzielen, und der bewussten Verantwortungsübernahme des Arztes.

5.2.5 Zeit und Ressourcen

Ethische Entscheidungen in der Notaufnahme haben aufgrund ihrer oben gezeigten Relevanz eine hohe Priorität und benötigen ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen. In den immer häufigeren Überlastungssituationen konkurriert dieser Bedarf jedoch mit den Bedürfnissen anderer Patienten. Hier wird das ethische Prinzip der Gerechtigkeit berührt. Die Pflegekräfte und Ärzte in Notaufnahmen können nicht anders, als ihre Zeit und Konzentration auf die Patienten zu verteilen. Der Zeitrahmen wird also nicht nur durch die Krankheitsschwere und den Verlauf, sondern auch durch die Arbeitsbelastung bestimmt. Chronische Überlastung, Kommunikationsprobleme und mangelnde Wertschätzung der Mitarbeiter können nach der Bedürfnispyramide von Maslow (s. Kap. 23 „Erst kommt das Fressen, dann die Moral“) gute ethische Entscheidungen in kritischen Notfallsituationen dauerhaft verhindern.

Im individuellen Fall geben vor allem die Schwere und Dynamik der Erkrankung den Zeitrahmen vor. Bei akuter Lebensgefahr und dem Ausfall von Vitalfunktionen können nur noch Sekunden für eine Entscheidung verbleiben. Üblicherweise werden parallel therapeutische und diagnostische Maßnahmen sowie eine ethische Einschätzung der Gesamtsituation erbracht. Nach anfänglicher Stabilisierung oder bei weniger zeitkritischen Situationen kann sich ein Zeitfenster öffnen, welches eine differenzierte Entscheidung ermöglicht. Die Zeit fungiert folglich als wichtige Determinante und Leitschnur ethischer Entscheidung in der Notfallmedizin.

Der Entscheidungsprozess wird also unter Umständen dem Zeitrahmen angepasst; eventuell ist es notwendig, die Entscheidung in mehrere Schritte aufzuteilen. Manchmal kann in der Notaufnahme der Entscheidungsprozess nur begonnen oder fortgeführt und nicht komplett abgeschlossen werden. Wichtig ist hier die offene Kommunikation mit den weiterbehandelnden Einheiten.

5.2.6 Reanimationen im Krankenhaus

In allen modernen Akutkrankenhäusern sind Reanimationsdienste mit Ärzten und Pflegekräften etabliert, die nach Alarmierung sofort zu den betroffenen Patienten eilen. Teilweise werden diese Dienste bei akut lebensbedrohlich erkrankten Patienten als Medical Emergency Teams genutzt.

Nicht selten ist der Patient wie erwähnt chronisch multimorbide erkrankt und hat eine erheblich eingeschränkte Lebenserwartung (Trzeczak 2013). Im arbeitsverdichteten Ablauf der bisherigen stationären Behandlung wird oft weder mit dem Patienten noch mit den Angehörigen über seinen Wunsch und Willen im Falle eines Atem- oder Kreislaufstillstands gesprochen. Manchmal wird im Rahmen dieser Unsicherheit auch keine Herzdruckmassage vom Stationspersonal begonnen. Hier muss nun das Reanimationsteam sofort entscheiden und wird im Allgemeinen mit der Wiederbelebung beginnen in dem Wissen, dass dieses mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit nicht dem mutmaßlichem Willen des Patienten entspricht. Hier kollidiert der absolute Zeitdruck mit dem unterstellten mutmaßlichen Willen des Patienten und einer möglichen Aussichtslosigkeit (futility) der Reanimationsbemühungen. Unter diesem hohen zeitlichen Druck und moralisch-ethischem Zwiespalt werden bisweilen bewusst mangelhafte Reanimationsmaßnahmen begonnen, sogenannte Scheinreanimationen, welche auch krankenhausintern als „slow-code“ oder „Anreanimieren“ bezeichnet werden. Diese Scheinreanimationen sind mit ethischen Prinzipien nicht zu vereinbaren.

5.2.7 Der alkoholisierte Patient

Die Alkoholintoxikation ist der häufigste psychiatrische Diagnosekomplex in deutschen Notaufnahmen (Kropp et al. 2007). Hier lohnt es, zwischen jungen, akut intoxikierten und chronisch alkoholkranken Patienten zu unterscheiden. Bei der Behandlung von alkoholisierten Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Rahmen von exzessivem Rauschtrinken (binge drinking) steht die medizinische Therapie im Vordergrund. Bei diesen Patienten fehlt der intensive Daueralkoholkonsum, es gibt meistens familiäre Bezugspersonen und häufig im Verlauf auch Krankheitseinsicht und Kooperativität.

Problematischer stellt sich die Alkoholintoxikation bei chronisch alkoholkranken Patienten dar. Die Patienten sind durch sehr hohe Alkoholspiegel, relativ zum Alkoholspiegel geringe Bewusstseinstrübung, mangelnde Kooperativität und Krankheitseinsicht gekennzeichnet. Nicht selten bestehen auch Obdachlosigkeit und ein desolater Pflegezustand. Die ethische Herausforderung manifestiert sich, wenn der Patient, alkoholisiert, aber gesprächs- und gehfähig, die weitere Behandlung abbrechen, also gehen will. In deutlichem Gegensatz stehen dann die ethischen Prinzipien der *Autonomie* (Patient will gehen), der *Fürsorge* (Abwendung gesundheitlicher Gefahren) und des *Nichtschadens* (Gefährdung durch Fixierung oder Sedierung).

5.3 Fallbeispiel

Eine 85-jährige Patientin wird von Altenpflegern eines Pflegeheims und mit dem Eintrag „AZ-Verschlechterung" im Pflegeüberleitungsbogen in die Notaufnahme überstellt. Hinweise auf eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder amtliche Betreuung fehlen. Die Patienten ist kachektisch und somnolent (GCS 9) mit kritischen Vitalparametern (RR 70/30 mmHg, Puls 90/min, Atemfrequenz 14/min, Sauerstoffsättigung 82%) und pulmonalen Rasselgeräuschen beidseits. Unter kontinuierlichem Monitoring erfolgt die intravenöse Gabe von Elektrolytlösungen. Auch mithilfe der sofort verfügbaren Blutgasanalyse bietet sich das klinische Bild eines septischen Schocks mit ausgeprägter Laktatazidose. Nach kurzer Besprechung mit der Krankenschwester und dem Assistenzarzt ruft der Oberarzt der Notaufnahme in dem Pflegeheim an. Dort erfährt er, dass der aktuell telefonisch nicht erreichbare Sohn eine Vorsorgevollmacht habe, jedoch sei der Ehemann der Patientin anwesend. In dem ca. zehnminütigen Telefonat bespricht der Oberarzt mit dem Ehemann die aktuell lebensbedrohliche Erkrankung und die therapeutischen Optionen in einem vereinfachten Stufenmodell. Der mutmaßliche Wille der Patientin wird unter anderem anhand der Frage „Was würde Ihrer Frau in dieser oder einer vergleichbaren Situation entscheiden?" versucht zu ermitteln. In dem Gespräch wird deutlich, dass eine Aufnahme auf die Intensivstation und organersetzende Maßnahmen, wie auch eine mögliche Reanimation, definitiv nicht von der Patientin gewünscht worden wären. Diese Einschätzung wird auch von der zuständigen Altenpflegerin geteilt. So entscheidet sich der Oberarzt nach kurzer Rekapitulation mit seinem Behandlungsteam zur Aufnahme der Patientin auf eine periphere Station, aber auch zur sofortigen Einleitung einer antibiotischen Therapie. Das Vorgehen wird im Notaufnahmebogen dokumentiert und mit dem weiterbehandelnden Stationsarzt besprochen. In den nächsten Behandlungstagen stabilisiert sich die Patientin kurzfristig. Die Therapiebegrenzung und Therapiezieländerung wird auf der Station mit dem Sohn und dem Ehemann der Patientin überprüft und bestätigt. Nach drei Tagen kommt es zu einem massiven peranalen Blutabgang und einer ausgeprägten Anämie. Nach erneuter Besprechung mit den Angehörigen erfolgt eine rein palliative Therapie unter Verzicht auf Transfusionen. Die Patientin stirbt noch am gleichen Tag.

5.4 Lösungsansätze, Hilfsmittel und Strukturmodelle

5.4.1 Hilfsmittel und hilfreiche Faktoren

Die etablierten Hilfsmittel bei ethischen Herausforderungen wie Ethikkonsile, Palliativkonsile, ethische Fallbesprechungen und Ethikkomitees sind in Notaufnahmen vor allem wegen des hohen Zeitdrucks zur Lösung akuter Probleme nur eingeschränkt geeignet (Padberg 2014). Die Entscheidungsmuster und das Problembewusstsein der Akteure sind sehr individuell, variabel und von persönlichen Erfahrungen geprägt, insbesondere im Vergleich zu standardisierten Behandlungspfaden (SOPs, Leitlinien) bei definierten Krankheiten. Dennoch lassen sich mehrere Faktoren nennen, die gute ethische Entscheidungen in der Notaufnahme fördern und erleichtern können: Es sind die Basisfaktoren, die auch eine hochwertige medizinische Behandlung ermöglichen. Das sind zunächst ausreichende personelle Ressourcen und eine adäquate räumliche Ausstattung. Es folgen offene, wertschätzende Kommunikation, positiver Teamgeist und eine entwickelte Fehlerkultur. Vorteilhaft in der Notaufnahme sind eine eigene ärztliche und pflegerische Leitung und ein definiertes ärztliches Team, welches aus festen Stellenanteilen und Rotationsstellen bestehen kann. All das ermöglicht und fördert die Teambildung, vermehrtes Engagement und die Identifikation mit der Notaufnahme.

Eine Einstufung oder Kategorisierung medizinischer Maßnahmen ist in der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen hilfreich, da die Betroffenen meist nur geringe Kenntnisse über die medizinischen Optionen im Krankenhaus haben. So eröffnen formulierte Bilder wie „Rote Linien“ oder „Stufen einer Pyramide“ das Verständnis für Grenzen medizinischer Maßnahmen und erleichtern die Bestimmung des Patientenwillens (s. Abb. 3).

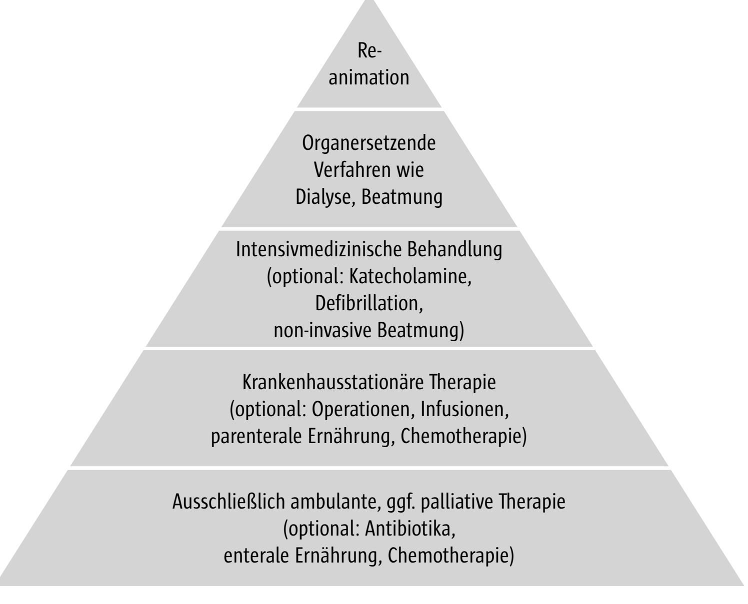


Abb. 3 Stufenmodell medizinischer Maßnahmen

In der Klinik sollte versucht werden, vorhandene ethische Kompetenzen zu nutzen. So können ethisch problematische Fälle aus der Notaufnahme mithilfe eines lokalen Ethikkomitees retrospektiv analysiert und besprochen werden. Dieses Vorgehen ermöglicht zwar keine Lösung akuter ethischer Probleme, kann aber eine systematische und vertiefte Analyse erleichtern, Lösungsansätze generieren und das Team der Notaufnahme in ihrem Lernprozess nachhaltig unterstützen.

In einer vergleichbaren Weise können auch Notfallseelsorger interne Fallanalysen unterstützen und so einen Beitrag zur Entwicklung fundierter und reflektierter Wertvorstellungen der Notaufnahmebelegschaft leisten.

Besonders in der Folge von Reanimationen sollte eine zeitnahe Nachbesprechung (Debriefing) medizinischer und medizinethischer Aspekte etabliert werden. Auch hier können angepasste Debriefing-Checklisten verhindern, dass ethische Gesichtspunkte unausgesprochen bleiben. Mortalitäts- oder M&M-Konferenzen bieten eine weitere geeignete Plattform, um ethische Herausforderungen in der Notfallmedizin anhand eines konkreten Falls transparent für alle Krankenhausmitarbeiter zu analysieren.

5.4.2 Checkliste Notfallpatienten

Die aus Pflegekräften, Ärzten, Rettungsassistenten und Medizinethikern bestehende Arbeitsgruppe „Ethik in der Notfall- und Akutmedizin“ der DGINA hat 2014 eine „Checkliste Notfallpatienten“ als Hilfestellung zur Bearbeitung akuter ethischer Probleme entwickelt. Ausgangsüberlegung war die Frage, was ein berufserfahrener Ausbilder einem Anfänger an praktischen Ratschlägen und Know-how für die ersten Dienste im Rettungsdienst oder in der Notaufnahme mit auf den Weg geben könnte. Die Checkliste wurde im Kitteltaschenformat gedruckt, ist aber auch auf üblichen Smartphones lesbar und kann gut in Einarbeitungs- und Ausbildungskonzepten für die Notaufnahme oder den Rettungsmedizin eingesetzt werden. Die Datei steht kostenfrei unter www.dgina.de als PDF zum Download zur Verfügung.

Checkliste Notfallpatienten der AG Ethik der DGINA

Daten und Unterlagen

- **Kontaktmöglichkeiten? (z.B. Angehörige, Hausarzt)**
  Telefonnummer notieren, ggf. Angehörige zum Patienten (z.B. in die Notaufnahme) bestellen.
- **Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuung, Palliativbogen?**
  Dokumente beim Patienten sichern.
- **Krankengeschichte, Vorbefunde, Pflegeunterlagen, Medikation?**
  Dokumente beim Patienten sichern.

Behandlung: Indikation und Einwilligung

- **Aussichtslosigkeit medizinischer Maßnahmen?**
  Eine Erfolgswahrscheinlichkeit unter 1% kann als Aussichtslosigkeit („futility“) gewertet werden.
- **Mutmaßlicher Wunsch und Wille des Patienten?**
  Aussagen von Bezugspersonen erheben und dokumentieren (z.B. wie hätte der Patient sich in einer mit der aktuellen vergleichbaren Situation entschieden?).

- **Konsens im Behandlungsteam und Konsens mit Angehörigen?**
  Einschätzungen aktiv erfragen und – falls möglich – weitere Kompetenz hinzuziehen (andere Ärzte, Oberarzthintergrunddienste), aber Verantwortung übernehmen.
- **Verantwortung für ethische Entscheidungen übernommen?**
  Die Verantwortung für ärztliche Handlungsentscheidungen, z.B. zur Durchführung von oder Verzicht auf medizinische Maßnahmen, verbleibt beim behandelnden Arzt. Diese Verantwortung kann nicht auf Angehörige oder Amtsbetreuer übertragen werden.

5.4.3 Kette guter ethischer Entscheidungen analog der „Chain of Survival“

Ethische Entscheidungen in der Notfallmedizin treten nicht nur in der Notaufnahme auf und werden auch nicht nur dort entschieden. Wenn wir diese Entscheidungen beispielhaft bei einem nicht-entscheidungsfähigen Patienten betrachten, der aus einem Pflegewohnheim mit dem Rettungswagen und Notarzt in die Notaufnahme transportiert wird und nach Behandlung auf die Intensivstation kommt, so können wir eine Reihe von Akteuren identifizieren. Diese Reihe lässt sich mit der bekannten Überlebenskette „Chain of Survival“ (Cummins et al. 1991) vergleichen – auch die Kette guter ethischer Entscheidungen ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied.

Die folgende Aufzählung skizziert die Reihenfolge der Akteure in einer Kette guter ethischer Entscheidungen:

1. Angehörige, Pflegedienst und/oder Betreuer
2. Rettungsassistenten und Notärzte
3. Notaufnahme
4. Normal- und Intensivstationen (s. Abb. 4).

Im Rahmen der jeweiligen ethischen Problematik sammelt jedes Teil dieser Kette relevante Informationen und wirkt am Entscheidungsprozess mit.

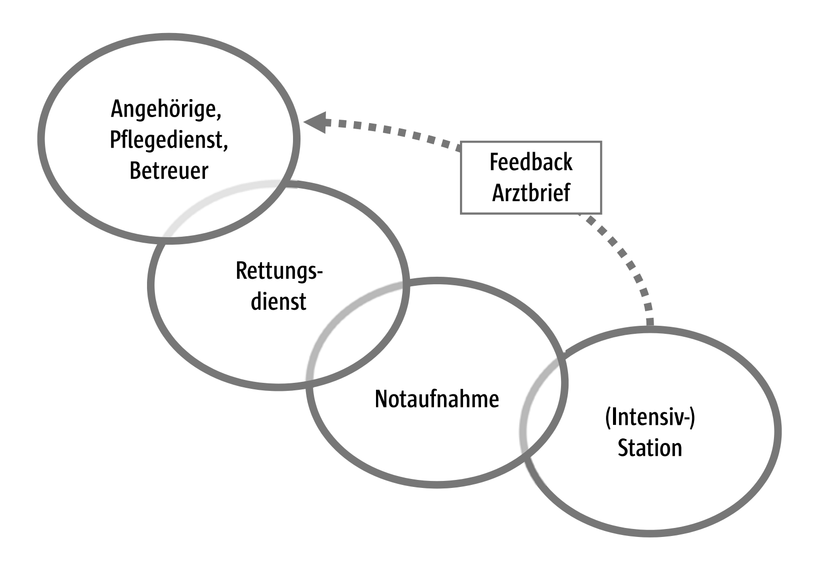


Abb. 4 Kette der Akteure ethischer Entscheidungen bei nicht entscheidungsfähigen Patienten

In diesem Entscheidungsprozess spielt Kommunikation eine Schlüsselrolle, sowohl zwischen den oben genannten Akteuren als auch innerhalb des Behandlungsteams und immer wieder mit dem Patienten, wobei non-verbale Kommunikation (Patient verweigert Nahrungsaufnahme, wehrt ab, etc.) relevant werden kann.

Ferner sollten die im Behandlungsprozess gewonnenen Informationen über ethische Fragestellungen bei Entlassung aus dem Krankenhaus den Weiterbehandelnden z.B. im Arztbrief mitgeteilt werden, um einen weiteren, qualitativ hochwertigen ethischen Entscheidungsprozess zu unterstützen. Der meist gute Kontakt mit vor- und nachbehandelnden Einheiten, wie Rettungsdienst und Intensivstation, sollte zur gemeinsamen Betrachtung und Aufschlüsselung von kritischen ethischen Entscheidungssituationen genutzt werden.

5.5 Aus- und Weiterbildung

Die strukturierten Aus- und Weiterbildungsoptionen für Notaufnahmepersonal sind im deutschsprachigen Raum im internationalen Vergleich deutlich eingeschränkt. Exemplarisch sei nur das Fehlen eines Facharztes für Notfallmedizin in Deutschland erwähnt. Spezielle Curricula zu Ethik in der Notfallmedizin fehlen. Dennoch existieren verschiedene Optionen, die Qualität ethischer Entscheidungen in der Notfallmedizin zu fördern.

Die Fachweiterbildung für Pflegekräfte z.B. „Dipl. Experte/in Notfallpflege NDS HF" in der Schweiz oder die berufsbegleitende zweijährige Fachweiterbildung Notfallpflege nach den Empfehlungen der DGINA umfassen auch notfallrelevante Themen der Medizinethik.

Medizinethik ist im Studium der Medizin als prüfungsrelevantes Fach fest etabliert. Problematisch ist die fehlende praktische Erfahrung der Studenten zum Kurszeitpunkt und damit verbunden der schwierige Transfer von Kenntnissen und Fähigkeiten Jahre später in die eigene Berufspraxis.

Eine sinnvolle Option ist sicher die berufsbegleitende Ausbildung einzelner Teammitglieder der Notaufnahme zum Ethikberater/in im Gesundheitswesen nach dem Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus" (Simon et al. 2005; http://www.ethikkomitee.de/zertifizierung/index.html).

5.6 Schlussbemerkung

Ethische Herausforderungen und Probleme sind alltäglich in Notaufnahmen relevant und somit ein elementarer Bestandteil der Notfallmedizin. Besprechen Sie die ethischen Probleme mit Ihren Patienten und deren Angehörigen und binden Sie Ihr Team sowie die vor- und nachbehandelnden Kollegen aktiv mit ein.

Literatur

Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE (1991) Improving survival from sudden cardiac arrest: the "chain of survival" concept. Circulation 83(5): 1832–1847

Deinert H (2013) Betreuungszahlen 2012. BtPrax (6): 242–244

Kropp S, Andreis C, te Wildt B, Sieberer M, Ziegenbein M, Huber TJ (2007) Charakteristik psychiatrischer Patienten in der Notaufnahme. Psychiatr Prax 34: 72–75

Padberg J, Esser A, Lomberg L, Trzeczak S (2014) Ethische Probleme im Umgang mit Reanimation und Patientenverfügung in der Notaufnahme. Notfall Rettungsmed 6: 500–506

Schöpke T, Dodt C, Brachmann, M, Schnieder W, Petersen P-F, Böer J (2014) Statusbericht aus deutschen Notaufnahmen – Ergebnisse der DGINA Mitgliederbefragung 2013. Notfall Rettungsmed 17: 660–670

Simon A, May AT, Neitzke G (2005) Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus". Ethik Med 17(4): 322–326

Sommer S, Marckmann G, Pentzek M, Wegscheider K, Abholz H-H, in der Schmitten J (2012) Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege: Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal. Dtsch Arztebl Int 109(37): 577–583

Trzeczak S (2013) Notfallmedizin: Ethische Kompetenz und praktische Erfahrung. Dtsch Arztebl Int 110(15): 706–707



Dr. med. Jan Padberg

Nach dem Studium der Medizin in Würzburg und Berlin Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin an der Charité. 2002 Anerkennung Facharzt Innere Medizin, im Anschluss dreijährige Ausbildung fakultative Weiterbildung Internistische Intensivmedizin. 2004 Zusatzbezeichnung Infektiologie. Seit 2005 aktiver Notarzt in Berlin und Brandenburg. 2007 Anerkennung Facharzt Pneumologie. 2007 bis 2010 Leitender Oberarzt Intensivstation und Rettungsstelle im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe Berlin, Mitglied des Ethikkomitees. 2010–2012 Ärztlicher Leiter ZNA am Ev. Waldkrankenhaus Spandau. 2011 Zusatzbezeichnung Ärztliches Qualitätsmanagement. Seit 2012 Oberarzt des Notfallzentrums im HELIOS Klinikum Emil von Behring Berlin. 2013 Zusatzbezeichnung Notfallmedizin. Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Ethik in der Notfallmedizin der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA).

6 Kritische Entscheidungssituationen und ethische Herausforderungen bei Notfällen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen

Thomas Luiz

6.1 Bedeutung

6.1.1 Epidemiologie der Pflegebedürftigkeit

Die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft spiegelt sich direkt in der stetig steigenden Zahl Pflegebedürftiger wider: Ende 2013 bezogen in Deutschland 2,63 Millionen Menschen Leistungen der Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) XI. Seit 1999 ist diese Zahl um mehr als 30% gestiegen. Die tatsächliche Anzahl Pflegebedürftiger dürfte jedoch bereits heute 3 Millionen übersteigen: So werden ca. ein Drittel der Anträge auf ambulante und ca. jeder sechste Antrag auf stationäre Pflegeleistungen zunächst abgelehnt (Bundesministerium für Gesundheit 2013). Zudem beantragen nicht alle Betroffenen Leistungen der Pflegeversicherung. Infolge der stetigen Zunahme der Lebenserwartung wird 2030 mit bis zu 3,4 Millionen Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI gerechnet.

71% der als pflegebedürftig Anerkannten werden zuhause gepflegt, davon zwei Drittel ausschließlich von ihren Angehörigen. Auf die enorme Belastung und praktische Bedeutung dieser Gegebenheit wird in Kapitel 6.6 eingegangen. 29% der Pflegebedürftigen leben in Heimen (Statistisches Bundesamt 2013).

Die Höhe des individuellen Unterstützungsbedarfs wird im SGB XI anhand der Einstufung in sog. Pflegestufen ermittelt. 2013 fielen bei den zuhause Gepflegten 63% in Pflegestufe I, 29% in Stufe II und 8% (= ca. 150.000 Betroffene) in Stufe III. Bei den stationär Gepflegten war das Ausmaß der anerkannten Pflegebedürftigkeit deutlich höher: ca. 21% gehörten der Stufe III an.

Unter den Pflegebedürftigen wiesen 35% zusätzlich noch eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auf (Statistisches Bundesamt 2013). Umgangssprachlich wird hierbei oft von einer sog. „Pflegestufe 0" gesprochen. Die wichtigste Ursache dieser eingeschränkten Alltagskompetenz ist die Demenz. Einer aktuellen Untersuchung zufolge leidet mehr als die Hälfte der in stationären Einrichtungen Gepflegten unter dieser Erkrankung (Hoffmann 2014).

Betrachtet man die sog. Pflegequote, d.h. den Anteil Pflegebedürftiger in einer Altersgruppe, so steigt diese exponentiell von ca. 5,0% bei 70–75-Jährigen über 21,0% bei 80–85-Jährigen auf einen Spitzenwert von 64,4% bei den 90-Jährigen und Älteren. Während bis ca. 75 Jahre die Pflegequote bei Männern die von Frauen übersteigt, kehrt sich dieses Verhältnis in höheren Altersgruppen um (Statistisches Bundesamt 2013).

6.1.2 Bedeutung Pflegebedürftiger in Rettungsdienst und Krankentransport

Angesichts des sehr fragilen Gesundheitszustandes Hochaltriger – ca. 80% der über 70-Jährigen sind multimorbide (Prückner u. Madler 2009) – wundert es nicht, dass Pflegebedürftige im Rettungsdienst einen besonderen Stellenwert einnehmen: In einer früheren eigenen Untersuchung musste jeder fünfte Heimbewohner innerhalb eines Jahres notärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, 15% davon sogar mehrfach. Beinahe 90% der Patienten wurden in die Klinik eingewiesen (Luiz u. Madler 2009). Im eigenen Rettungsdienstbereich hat sich zudem während der letzten 10 Jahre die Rate an Notarzteinsätzen in Altenheimen verdoppelt und liegt derzeit bei ca. 10% aller Notarzteinsätze. Bei den Krankentransporten haben sogar 30% ein Altenheim als Einsatzort oder Transportziel (bislang unveröffentlichte eigene Daten).

In Deutschland sind ca. 3 Millionen Menschen pflegebedürftig. Von diesen werden ca. 70% zuhause gepflegt, davon wiederum ca. zwei Drittel ausschließlich durch ihre Angehörigen. Pflegebedürftige Patienten nehmen den Rettungsdienst weit überdurchschnittlich häufig in Anspruch: Sie indizieren je nach Rettungsdienstbereich bis zu 10% der Notarzteinsätze und bis zu 30% der Krankentransporte.

6.2 Allgemeine ethische Grundsätze und grundsätzliche Herausforderungen bei der Versorgung pflegebedürftiger Patienten im Rettungsdienst

Die allgemein anerkannten ethischen Prinzipien des Umgangs mit Patienten (Beauchamp u. Childress 2012; Lippert et al. 2010) stellen bei der Versorgung pflegebedürftiger Patienten im Rettungsdienst eine besondere Herausforderung dar:

- Pflicht zur Fürsorge
- Vermeidung von Schaden
- Wahrung der Gerechtigkeit
- Wahrung der Würde
- Aufrichtigkeit in der Kommunikation

Fürsorge: Die Anamneseerhebung und Untersuchung pflegebedürftiger Notfallpatienten sind u.U. deutlich schwieriger und zeitaufwendiger als bei jüngeren Patienten.

Es steht jedoch außer Frage, dass diese Patienten, ungeachtet der aktuellen Einsatzbelastung, mit der dem jeweiligen Krankheitsbild und Zustand angemessenen Sorgfalt versorgt werden müssen: Ein 83-jähriger Demenzkranker, der im Altenheim auf der Treppe schwer gestürzt ist und dessen aktuelle Orientiertheit und Vigilanz mangels Kenntnis des Vorbefunds nicht klar einschätzbar sind, muss daher vom Notarzt im Zweifel für eine dringliche CT-Untersuchung in die Klinik begleitet werden. Eine weitere Verpflichtung zur Fürsorge betrifft die Frage der aktuellen Versorgungssituation:

Werden konkrete, bislang nicht erkannte bzw. nicht adäquat behandelte medizinische Risiken oder eine relevante Schädigung infolge einer ungenügenden pflegerischen Versorgung festgestellt, müssen die Pflegenden darauf aufmerksam gemacht und ggf. weitere Schritte zum Schutz des Patienten eingeleitet werden.

Je nach Situation kann dies eine schriftliche Anweisung an das Pflegepersonal und/oder eine Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt sein (z.B. bei schwerer oder wiederholter Hypoglykämie infolge unzureichender Blutzuckerüberwachung eines insulinpflichtigen Diabetikers). Bei massiven Komplikationen kann sogar eine umgehende Einweisung in die Klinik indiziert sein, z.B. im Falle eines tiefreichenden Dekubitus, der bei einem Einsatz wegen einer „akuten schweren Atemnot“, die sich jedoch vor Ort suffizient therapieren ließ, als „Nebenbefund“ entdeckt wird.

Schadensvermeidung: Viele Erkenntnisse der modernen Medizin wurden nicht an pflegebedürftigen, hochaltrigen Menschen, sondern unter den sehr viel restriktiveren Bedingungen kontrollierter klinischer Studien gewonnen. Ihr medizinischer Nutzen ist für diese Population schlechter belegt, die Risiken sind jedoch erhöht (Benetos et al. 2015).

Alle Maßnahmen, insbesondere die Gabe von Medikamenten mit hohem Risiko von Neben- und Wechselwirkungen, z.B. Antiarrhythmika oder gerinnungshemmende Präparate, sind besonders sorgfältig abzuwägen.

Auch die Indikation zur Klinikeinweisung, z.B. nach einer Synkope oder hypertensiven Entgleisung, ist in jedem Einzelfall sorgfältig abzuwägen: Überwiegen die Vorteile einer postulierten intensiveren medizinischen Betreuung die Probleme, die durch die u.U. schmerzhafte Umlagerung und Fahrt in die Klinik entstehen? Wird das bei multimorbiden alten Menschen deutlich erhöhte Delirrisiko durch Verlust der vertrauten Umgebung beachtet? Werden Hör-, Seh- und Gehhilfen des Patienten mit in die Klinik genommen, um das Delirrisiko zu senken? Wäre eine etwas längere notärztliche Verweildauer vor Ort oder ein nachfolgender Kontrollbesuch des Ärztlichen Bereitschaftsarztes eine geeignete Alternative?

Gerechtigkeit: Pflegebedürftige Patienten müssen dieselben Chancen auf Zugang zu akutmedizinischen Ressourcen erhalten wie andere Patienten. Entscheidend muss die Dringlichkeit des Zustands sein, nicht der Einsatzort. Konkret darf der Hausbesuch

des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes wegen eines akuten Abdomens oder der Einsatz des Notarztes wegen eines Lungenödems im Altenheim keine geringere Priorität erhalten als dasselbe Krankheitsbild bei einem 48-jährigen, bislang gesunden Patienten.

Würde: Es sollte eine Selbstverständlichkeit sein, dass sich der Arzt bzw. Rettungsassistent immer, auch bei dementen Patienten, mit Namen, Funktion und Grund des Hierseins vorstellt und alle geplanten Maßnahmen ankündigt bzw. um die entsprechende Erlaubnis bittet. Dies betrifft insbesondere schmerzhafte Maßnahmen sowie das Entkleiden. Liegt der Patient hilflos in seinem Erbrochenen oder seinen Exkrementen, bedarf er besonderer Zuwendung. Häufig ist es nach entsprechender Absprache möglich und für den Betroffenen eine große Erleichterung, wenn die ihm vertraute Pflegekraft vor dem Transport zumindest eine Grobreinigung und einen Wechsel des Nachthemds bzw. Pyjamas vornimmt, während die Einsatzkräfte in der Zwischenzeit z.B. vor dem Zimmer die Trage für den Transport vorbereiten, Medikamentenlisten sichten, etc.

Aber auch die Würde von Mitbewohnern ist zu beachten: Was empfindet ein ans Bett gefesselter, u.U. dementer Mensch, wenn sein Zimmernachbar reanimiert wird? Wie kann er das „überfallartige“ Eindringen von bis zu 5 rot gekleideten Personen, das Rufen von martialisch anmutenden Kommandos, das Aufschneiden von Kleidung mit der Rettungsschere, die Alarmsignale des Defibrillators etc. verarbeiten?

Aufrichtigkeit in der Kommunikation: Mit den vor Ort bestehenden eingeschränkten Möglichkeiten besteht häufig Unklarheit über die Prognose einer plötzlichen Erkrankung. Dies sollte bewusstseinsklaren Patienten, aber auch Angehörigen gegenüber klar geäußert werden. Gleichzeitig sollte jedoch auch ein für den Notarzt erkennbarer (prä) finaler Zustand mit dem nötigen Einfühlungsvermögen im Hinblick auf die Angemessenheit weiterer Maßnahmen (palliative häusliche oder klinische Versorgung, spirituelle Begleitung etc.) angesprochen werden.

Einsätze in Altenheimen bedürfen vor allem Geduld und eines bedachtsamen Abwägens von Nutzen und Risiken. Häufig sind es scheinbare „Kleinigkeiten“ und eingeschliffene Unachtsamkeiten, welche die Würde des pflegebedürftigen Patienten verletzen. Ein Perspektivwechsel kann sehr hilfreich sein, um nicht nur medizinische, sondern auch emotionale Bedürfnisse des Patienten besser zu erkennen.

6.3 Wahrung der Patientenautonomie und ihre Grenzen

6.3.1 Grundsätze

Unzweifelhaft haben auch Pflegebedürftige das Recht, über Zeitpunkt, Art, Ort und Ausmaß medizinischer Maßnahmen selbst zu bestimmen. Entsprechend sind eindeutige, aktuelle, verbale oder auf den aktuellen Fall anwendbare frühere schriftliche Willensbekundungen rechtlich bindend.

Bei der präklinischen Versorgung pflegebedürftiger Notfallpatienten besteht die besondere Problematik nun darin, dass ein erheblicher Anteil aktuell entscheidungs- bzw. kommunikationsunfähig ist. Gleichzeitig sind schriftliche Willens-

bekundungen aufgrund der Dringlichkeit nicht rechtzeitig genug zugänglich (z.B. Arztbriefe, Gespräch mit dem Hausarzt) oder in der aktuellen Situation nicht eindeutig interpretier- und anwendbar. Wenig brauchbar ist z.B. eine Patientenverfügung mit dem Inhalt, dass im Falle eines *unumkehrbaren* Verlusts des Bewusstseins keine invasiven Maßnahmen getroffen werden sollen. Eine für den Rettungsdienst sehr gut geeignete, in Mainz entwickelte Formulierungshilfe bei Palliativpatienten zeigt Abbildung 5.

„P A L M A“

Patienten- Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen

- für Patienten in einer palliativen Situation **ergänzend** zur ausführlichen Patientenverfügung -

Für:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

Dieser Bogen ist speziell für die Notfallversorgung von Patienten in einer palliativen Situation konzipiert (dies meint auch eine terminale Pflegesituation am Lebensende) und fasst die ausführliche Patientenverfügung zusammen. Bitte vollständig und nur mit Hilfe eines beratenden Arztes ausfüllen. Pro Rubrik ist nur eine Antwort möglich, bei widersprüchlichen Angaben wird maximal behandelt. Ein vorhandener Bevollmächtigter sollte genannt werden.

A **Gewünschte Behandlung im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes:**

[ ] Herz-Lungen-Wiederbelebung [ ] keine Wiederbelebung beginnen

B **Gewünschte Behandlung in einer lebensbedrohlichen Situation bei vorhandener Herz-Kreislauf-Funktion:**

[ ] maximale Therapie:
volle medizinisch gebotene und mögliche Behandlung
inkl. künstlicher Beatmung, Intensivtherapie etc..

[ ] begrenzte Therapie (Basistherapie):
Notfalltherapie vor Ort und ggf. Krankenhauseinweisung falls nötig,
jedoch keine künstliche Beatmung oder Intensivtherapie.

[ ] nur lindernde (palliative) Maßnahmen:
keine lebenserhaltende Therapie, ausschließlich Beschwerdelinderung und
Schmerztherapie, beruhigende Therapie bei Atemnot etc..

C **Hintergrundinformationen** (schwere Vorerkrankungen, persönl. Erfahrungen etc.):

(ggf. Arztbrief anfügen)

D **Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten:**

Es besteht eine [ ] Vorsorgevollmacht gem. § 1896/ 2 BGB
[ ] gerichtlich bestellte Betreuung gem. §§ 1896-1904 BGB

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon des Bevollmächtigten/ Betreuers)

E **Unterschriften:** Arztunterschrift und -stempel bestätigen die erfolgte Beratung.
Der Bevollmächtigte/ Betreuer erklärt, die Patientenwünsche und den Inhalt der Verfügung zu kennen.

Datum	Patient	Beratender Arzt (+Stempel)	Bevollmächtigter/ Betreuer

Name, Adresse, Telefon des beratenden Arztes:

ggf. erneute Bestätigung (Datum, Unterschrift Patient):

Version 3.2. © Gerth/ Mohr/ Paul 08/2011

Abb. 5 „P A L M A“: Patientenanweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen für Patienten in einer palliativen Situation ergänzend zur ausführlichen Patientenverfügung (Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Dr. Mathias Gerth, Universitätsmedizin Mainz)

Eine zentrale Problematik besteht darin, ad hoc bei einem bewusstlosen pflegebedürftigen Patienten, dessen umfangreiche medizinische und soziale Biographie dem Notarzt völlig unbekannt sind, abschätzen zu müssen, ob noch eine kurative oder aber eine palliative Zielsetzung, oder u.U. sogar ein Verzicht auf sämtliche medizinischen Maßnahmen angebracht ist. Die Unterbringungssituation in einem Pflegebett und der körperliche Zustand (z.B. Kontrakturen, Ernährungszustand) machen zwar evident, dass es sich um eine schwerste Pflegebedürftigkeit handelt. Bedauerlicherweise beinhalten die medizinischen Daten in den Pflegeakten häufig nur die Angabe von Diagnosen und Dauermedikation, jedoch keine konkreten aktuellen Angaben zu Erkrankungsstadien, Prognose etc.

Untersuchungen zeigen zudem, dass sich die Einstellung von mental kompetenten Altenheimbewohnern zu Fragen wie Wiederbelebung oder künstliche Ernährung im Laufe der Zeit in nicht unerheblicher Weise ändern kann (McParland et al. 2003). Damit ihr aktueller Wille im Notfall angemessen berücksichtigt werden kann, müssen sich Betroffene somit regelmäßig aktiv mit diesen Fragen beschäftigen (bzw. darauf behutsam angesprochen werden), sich gegenüber den Pflegenden eindeutig äußern bzw. ggf. bestehende Patientenverfügungen ändern. Dies ist hierzulande nur selten der Fall, sodass der Rettungsdienst häufig keine wirklich verlässlichen Entscheidungshilfen zur Hand hat.

In Kliniken gängige Instrumente wie Ethikkonsile, die bei solchen Situationen eines Entscheidungsnotstands Hilfestellung leisten könnten, sind präklinisch nicht verfügbar (s. Tab. 10).

Die präklinische Notfallmedizin und die innerklinische Intensivmedizin unterscheiden sich hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Entscheidungsfindung ganz wesentlich und das Risiko von Fehlentscheidungen ist erheblich.

6.3.2 Der bewusstlose Patient

Vor dem Hintergrund der rechtlichen Forderung, im Zweifel umgehend lebensrettende Maßnahmen einzuleiten (Wiese et al. 2009), wird bei einem Ausfall der Vitalfunktionen, der nicht eindeutig, z.B. anhand eines aktuellen Arztbriefs, auf einen Terminalzustand eines inkurablen Leidens zurückzuführen ist, bei entscheidungsunfähigen Patienten auch bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit zunächst mit invasiven Maßnahmen begonnen, bis ggf. weitere Informationen eine anderslautende Entscheidung, z.B. den Abbruch einer Reanimation, rechtfertigen (s. Fallbeispiel in Kap. 6.5).

Aktuelle Willensbekundungen des entscheidungsfähigen Patienten sowie auf den aktuellen Zustand anwendbare Patientenverfügungen sind zu beachten. Glaubhafte *mündliche Überlieferungen des Willens nicht ansprechbarer Patienten sollten vor Zeugen möglichst schriftlich dokumentiert und beachtet werden. Liegen widersprüchliche Angaben oder überhaupt keine Erkenntnisse zum Patientenwillen vor, muss die für den Patienten mutmaßlich beste medizinische Entscheidung getroffen werden. Dies bedeutet beim Ausfall von Vitalfunktionen, im Zweifel zunächst mit Wiederbelebungsmaßnahmen zu beginnen.*

Tab. 10 Unterschiede zwischen innerklinischer Intensiv- und präklinischer Notfallmedizin

	Intensivmedizin	Präklinische Notfallmedizin
Verfügbarkeit schriftlicher Willensbekundungen des Patienten (Patienten-verfügung, Betreuungs-verfügung, Vorsorgevollmacht)	ggf. im Verlauf des Aufenthalts verfügbar	häufig nicht oder nicht sofort verfügbar
Interpretation schriftlicher Willensbekundungen	durch ausführliche Gespräche mit Angehörigen und/oder Hausarzt häufig möglich	unter Zeitdruck häufig nicht eindeutig
genaue Kenntnis der Patientenbiographie	abhängig von früheren Aufenthalten bzw. der Dauer des Aufenthalts sowie Auskünften Angehöriger und/oder des Hausarztes	nur ausnahmsweise gegeben (z.B. Kenntnis des Patienten aus früheren Rettungsdiensteinsätzen oder aufgrund der Dualfunktion als Notarzt und zugleich Haus- oder Klinikarzt von Patienten)
Prognoseabschätzung bezüglich der aktuellen Erkrankung	direkt nach Aufnahme häufig noch unvollständig; im Falle früherer Aufenthalte oder im Verlauf eines längeren Aufenthalts: im Vergleich zur Präklinik sehr viel umfassendere und präzisere Informationsgrundlage	besonders bei zeitkritischen Situationen häufig nicht verlässlich möglich
Kenntnis von die Prognose beeinflussenden Vor- und Begleiterkrankungen	direkt nach Aufnahme häufig unvollständig; im Falle früherer Aufenthalte oder im Verlauf eines längeren Aufenthalts: häufig umfassend	besonders bei zeitkritischen Situationen häufig nicht gegeben selten Vorliegen aktueller Arztbriefe oder direkter telefonischer Kontakt mit Hausarzt oder sonstigen behandeln-den Ärzten
diagnostisches und therapeuti-sches Repertoire bei Ausfall von Vitalfunktionen	abhängig von Versorgungsstufe: umfassende Bildgebung, Organersatzverfahren	stark eingeschränkt: Diagnostik: EKG, Pulsoxymetrie, Temperatur; selten Point-of-Care-Labor und Ultraschall Therapie: Beatmung, Katecholamine, Defibrillation, Thoraxkompression
konsiliarische Hinzuziehung weiterer medizinischer Experten	je nach Versorgungsstufe evtl. eingeschränkt	in der Regel nicht möglich
Beratung in ethischen Fragestellungen (Ethikkomitee, Ethikberatung, Ethikkonsil)	häufig ja, mit Ausnahme akuter Entscheidungsnot direkt bei der Klinikaufnahme	im Einsatz nicht möglich

6.3.3 Der demente Patient

Eine fortgeschrittene Demenz wird hierzulande immer noch häufig mit dem kompletten Verlust der Selbstbestimmungsfähigkeit gleichgesetzt. Die Rechte Betroffener werden dann im Sinne einer sog. „substituierten Entscheidungsfindung“ durch Drit-

te (Betreuer, Gericht) wahrgenommen. Dieses Vorgehen verkennt, dass die Fähigkeit zur Selbstbestimmung keine fixe „Ja–Nein"-Situation darstellt. Demenzkranke können je nach Situation und Zeitpunkt durchaus ihre Bedürfnisse und ihren Willen ausdrücken, wenn sie in ihrer Kommunikation angemessen unterstützt werden. Die o.g. starre Praxis wird daher zunehmend kritisch gesehen und die Notwendigkeit eines individuelleren Vorgehens betont (Birnbacher et al. 2015).

Bei dementen Patienten entbindet ein Betreuungsverhältnis den Behandelnden nicht von der Pflicht, zu versuchen, den aktuellen Willen des Betroffenen zu eruieren. Neben verbalen Äußerungen ist auf nonverbale Hinweise zu achten, wie z.B. das konsequente Verschließen des Mundes bei der Nahrungsaufnahme trotz wiederholter geduldiger Ermunterung und Eingehen auf spezielle Essgewohnheiten, oder das vehemente, wiederholte Wegziehen des Armes bei der hinreichend erklärten venösen Kanülenanlage. Unter Umständen finden sich hier Alternativen, z.B. eine s.c.- anstelle einer i.v.-Injektion oder eine Kurzinfusion mit früher Entfernung der Verweilkanüle anstelle einer den Patienten ängstigenden und immobilisierenden längerdauernden Infusion.

Eine seltene, extreme medizinische, ethische und rechtliche Herausforderung bleiben Situationen, in denen ein akut erkrankter oder verletzter, schwerst dementer Patient sich jeglicher Untersuchung oder Behandlung unter Anwendung von Gewalt verweigert. Hier hat zunächst der Eigenschutz des Notfallteams Vorrang.

Gleichzeitig sollte versucht werden, vertraute Bezugspersonen zu involvieren, um mit deren Hilfe den Patienten zu beruhigen. Scheitert dies und besteht eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung fort, sollten die Vollzugsbehörden eingeschaltet werden. Körperliche und/oder pharmakologische Zwangsmaßnahmen sind jedoch auf ein Minimum zu beschränken. Falls eine Einweisung in eine allgemeine oder psychiatrische Klinik notwendig ist, sollten Bezugspersonen den Betroffenen möglichst begleiten oder frühzeitig besuchen, um die psychischen Auswirkungen der Zwangsbehandlung zu minimieren und die Reorientierung zu erleichtern.

Bei dementen Patienten muss die Fähigkeit zur Kommunikation und Selbstbestimmung individuell geprüft werden. Eine vorliegende Betreuung ersetzt diese Verpflichtung nicht. Angesichts der hohen Prävalenz der Erkrankung sind intensivere Schulungen des Rettungsdienstes zum Umgang mit dementen Patienten dringend notwendig.

Fallbeispiel:

Der Notarzt wird in ein Altenheim zu einer 81-jährigen bewusstseinsgetrübten Patientin angefordert. Die Patientin ist seit 5 Tagen bei Z.n. Implantation einer Hüfthemiprothese in Kurzzeitpflege. Es bestehen ein gut eingestellter Diabetes mellitus, ein Hypertonus sowie ein chronisches Schmerzsyndrom bei ausgeprägter Osteoporose und Polyarthrose. Die Patientin sei seit ihrer Aufnahme immer apathischer geworden. Der aktuelle Blutzucker betrage

156 mg%. Der Ärztliche Bereitschaftsdienst habe am Vortag wegen hypotoner Blutdruckwerte die Dosis der Antihypertensiva reduziert und die Bedarfsmedikation mit Metamizol abgesetzt. Der Zustand habe sich seit heute früh allerdings weiter verschlechtert. Die Patientin erhalte keine weiteren Medikamente.

Befund: Die Atmung ist langsam und unregelmäßig, die Atemwege sind intermittierend verlegt, die Sauerstoffsättigung beträgt 80%. Der Puls ist verlangsamt und arrhythmisch, der Blutdruck beträgt 70/50 mmHg, die Temperatur 35,1°C. Die Patientin reagiert nur mit trägen, ungezielten Abwehrbewegungen der linken Hand auf Schmerz. Die Muskeleigenreflexe sind beidseits abgeschwächt, ein Meningismus liegt nicht vor. Die Pupillen sind beidseits relativ eng, die Pupillenreaktion ist träge. Anamnestisch und klinisch liegen keine Hinweise auf ein Trauma vor.

Als Sofortmaßnamen werden die Atemwege freigemacht und Sauerstoff appliziert. Außerdem wird die Intubation vorbereitet und über eine Venenverweilkanüle Vollelektrolytlösung infundiert. Zusätzlich erhält die Patientin fraktioniert 2 ml eines milden Vasopressors. Die Vitalwerte stabilisieren sich daraufhin leicht. Die Leitstelle wird hinsichtlich einer instabilen intubationspflichtigen Patientin mit Verdacht auf Stammhirninfarkt bzw. -blutung informiert. In diesem Moment legt die Altenpflegerin eine aktuelle Patientenverfügung vor, in dem für den Fall einer Verschlechterung des Gesundheitszustands eine Wiederaufnahme in die Klinik und speziell eine künstliche Beatmung strikt abgelehnt werden. Der Notarzt bittet daher, dringlich die Angehörigen anzurufen, um das weitere Vorgehen zu besprechen, und fährt währenddessen mit der klinischen Untersuchung fort. Dabei fallen am Rücken 2 Fentanyl-Pflaster auf. Diese Medikation war der Pflegekraft nicht bekannt. Mittlerweile besteht Telefonkontakt mit den Angehörigen. Dabei wird deutlich, dass die Fentanyl-Gabe dem Altenheim irrtümlich nicht mitgeteilt worden war. Zudem hatten die Angehörigen am Vortag, nachdem sie erfahren hatten, dass das Metamizol abgesetzt worden war, aus Sorge vor einem Schmerzdurchbruch selbständig ein weiteres Fentanylpflaster aufgeklebt. Bei Verdacht auf eine Opiatüberdosierung wird nun Naloxon verabreicht, woraufhin die Patientin rasch aufklart. Nach kurzer Erläuterung der Situation stimmt sie einem Kliniktransport bis zur völligen Stabilisierung ihres Zustands zu. Am Folgetag erfolgt bei relativem Wohlbefinden die Rückverlegung ins Heim.

6.4 Sterbende Patienten

Der Tod ist im höchsten Lebensalter ein jederzeit erwartbares Ereignis oder sogar ein herbeigesehnter Endpunkt eines austherapierten Leidens. Dennoch wird bei Sterbenden heute häufig der Rettungsdienst alarmiert. Die Gründe hierfür sind äußerst vielfältig: fehlende Kenntnis des Patientenwillens, Nichtbefolgen vorliegender Patientenäußerungen oder -verfügungen, Unkenntnis oder fehlende Akzeptanz des Sterbeprozesses, medizinische, physische, psychische oder zeitliche Überforderung der Pflegenden (z.B. bei sehr hohem Pflegeaufwand, starken Schmerzen oder massiver Luftnot), die irrige Annahme, der Sterbeprozess müsse von einem Arzt begleitet oder „erlaubt“ werden, eine schwindende Bereitschaft niedergelassener Ärzte zu Hausbesuchen, die unzureichende Verfügbarkeit von Palliativdiensten, die fehlende Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln bei niedergelassenen Ärzten und Ärzten im Bereitschaftsdienst, häufig jedoch auch „nur“ der Wunsch nach Abgabe der „letzten Verantwortung“ (Luiz u. Madler 2009).

Viele dieser Einsätze wären bei besserer Vorbereitung und Aufklärung und der Verfügbarkeit anderer Institutionen vermeidbar. Insbesondere ambulante Palliativdienste sind bislang vorwiegend auf Ballungsräume konzentriert und/oder nur selten rund um die Uhr einsatzbereit. Noch seltener ist eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) verfügbar, die jedoch den Rettungsdienst wirksam entlasten könnte (Wiese et al. 2010).

Ist im konkreten Fall der Rettungsdienst bereits vor Ort bzw. ist kein spezialisierter Palliativdienst verfügbar, ist zunächst zu prüfen, welches Problem im Vordergrund steht: eine konkrete medizinische Symptomatik, die ärztliche Maßnahmen erfordert, ein pflegerisches Problem oder die emotionale Überlastung der Angehörigen.

Ein würdevolles Sterben ist nur möglich, wenn quälende Symptome wie starke Schmerzen, Luftnot, Durst oder heftiges Erbrechen suffizient behandelt werden.

Diese Symptome sind häufig (Brandt et al. 2005), lassen sich jedoch mit den im Notarztdienst verfügbaren Mitteln oftmals gut beherrschen: Dyspnoische Patienten sollten mit erhöhtem Oberkörper gelagert werden. Ein terminales Lungenödem lässt sich durch fraktionierte Morphingabe häufig suffizient lindern. Inwieweit zusätzlich Sauerstoff sinnvoll ist bzw. vom Patient toleriert wird, ist situationsabhängig zu prüfen.

Eine Intubation ist bei einem erkennbaren Sterbeprozess weder medizinisch noch ethisch oder rechtlich vertretbar.

Schmerzdurchbrüche lassen sich häufig durch die titrierte i.v.-Gabe von Opiaten, ggf. in Kombination mit Metamizol oder Paracetamol, beherrschen.

Sterbende stellen häufig das Trinken und Essen ein. Bei einem Großteil der Patienten ergibt sich hieraus kein Handlungsbedarf. Je nach Situation wird aber das Anfeuchten der Lippen oder der Mundschleimhäute als angenehm empfunden. Eine routinemäßige Hydrierung durch Infusionen hat weder einen Einfluss auf Symptome wie Schwäche, Muskelkrämpfe oder Halluzinationen, noch auf die Dauer der Sterbephase. Angehörige, z.T. auch die Sterbenden selbst, empfinden jedoch eine aktive Flüssigkeitszufuhr häufig als angenehm oder trostreich, bzw. das Unterlassen dieser Maßnahme u.U. als belastend (Parry et al. 2013). Sollte der Patient schluckunfähig sein und starken Durst empfinden, kann daher eine s.c.-, im Einzelfall auch eine kurzzeitige i.v.-Flüssigkeitssubstitution angezeigt sein.

Sofern eine Weiterbehandlung durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst oder Hausarzt nötig und möglich ist, sollten diese telefonisch informiert und eine Kopie des Einsatzprotokolls vor Ort belassen werden. Falls ein anderer Arzt jedoch nicht rasch genug verfügbar ist oder dieser nicht die notwendigen Medikamente wie z.B. Opiate vorhält, ist auch ein erneuter Notarzteinsatz gerechtfertigt.

Der Notarzt sollte mit den Angehörigen bzw. dem Pflegepersonal stets das weitere konkrete Vorgehen besprechen, dieses in der Pflegeakte notieren und Nachbehandelnde informieren. Bei Nichtverfügbarkeit anderer Dienste ist ein Notarzteinsatz beim Sterbenden zur Linderung quälender Symptome gerechtfertigt.

Fallbeispiel:

Der Notarzt wird von der Besatzung eines RTW zu einer 73-jährigen Patientin mit schwerem Schockzustand nachgefordert. Die stark exsikkierte, kachektische, an Multipler Sklerose leidende Patientin hatte nach Angaben des Ehemannes seit Wochen stetig weniger gegessen und getrunken und war zuletzt kaum mehr ansprechbar. Er hatte den Ärztlichen Bereitschaftsdienst informiert, der eine schwere Pneumonie mit beginnender Sepsis diagnostizierte und die Patientin umgehend mittels RTW in die Klinik einwies. Die RTW-Besatzung stellte beim Eintreffen eine massive Beeinträchtigung aller Vitalfunktionen fest. Aufgrund fehlender Transportfähigkeit sei die Alarmierung des Notarztes erfolgt und Sauerstoff appliziert worden. Bei der orientierenden Untersuchung durch den Notarzt ist die Patientin komatös, tachypnoisch und zyanotisch. Es bestehen pneumonieverdächtige Rasselgeräusche mit Sekretstau, die Temperatur liegt tympanal bei 35,4°C. Ein vorliegender Entlassbrief einer Klinik bestätigt die schwerste Grunderkrankung. Der Gatte berichtet, er pflege seine Ehefrau seit 6 Jahren. Ihr Gesundheitszustand habe sich stetig bis zur völligen Immobilisation verschlechtert. In einer dem Notarzt vorgelegten Patientenverfügung hat die Frau festgelegt, sie wolle im Falle einer weiteren Verschlechterung nicht in die Klinik, sondern zuhause „in Frieden sterben“. Der Mann äußert, er wolle zwar den Willen seiner Frau respektieren, könne sie jedoch andererseits „nicht einfach ersticken lassen“. Gleichzeitig habe er tiefe Sorge, dass seine Frau vom Rettungsdienst in die Klinik gebracht und dort auf einer Intensivstation „künstlich am Leben“ gehalten werde.

Der Notarzt erläutert dem Gatten die Intention einer palliativen Versorgung, die sowohl dem Wunsch der Patientin als auch dessen Sorge gerecht werden kann. Der Ehemann nimmt dies mit größter Erleichterung auf. Nach Gabe von 3 mg Morphinsulfat und vorsichtigem Absaugen von viel eitrigem Trachealsekret bessert sich die Atmung bereits spürbar. Leider ist kein Pflegedienst, der die weitere Versorgung akut übernehmen könnte, erreichbar. Eine häusliche Betreuung durch den Ehemann oder Anverwandte scheidet ebenfalls aus. Nach Abwägung aller Aspekte wird die Patientin daraufhin in Begleitung des Ehemanns unter telefonischer Voranmeldung der palliativen Zielsetzung in eine Klinik transportiert, wo sie unter Fortführung der Sauerstoffgabe und Morphintherapie einige Stunden später ruhig entschläft.

Ärzte und Rettungsfachpersonal müssen auf Situationen vorbereitet werden, in denen es nicht mehr darum geht, Leben zu retten, sondern Sterbenden mit palliativen Maßnahmen beizustehen. Ein Transport in die Klinik sollte auf diejenigen Situationen beschränkt bleiben, in denen der Arzt zur Erkenntnis gelangt, dass dem Sterbenden ein würdevoller Tod im häuslichen Umfeld bzw. Heim nicht möglich ist.

6.5 Kreislaufstillstand

Die Anzahl an Reanimationen in Altenheimen steigt weltweit. So erfolgt inzwischen etwa in Japan jede fünfte (Kitamura et al. 2014), in Kopenhagen, Dänemark, etwa jede zehnte (Soholm et al. 2014) und in Melbourne, Australien (Deasy et al. 2011), etwa jede zwölfte Reanimation in Altenheimen.

Die Prognose ist insgesamt sehr ungünstig: Die meisten Studien geben Entlassraten aus der Klinik von nur 1–4% und einen hohen Anteil neurologisch sehr ungünstiger Verläufe an (Deasy et al. 2011; Kitamura et al. 2014). Dies korreliert mit der Tatsache, dass der Großteil der Ereignisse unbeobachtet erfolgt, in bis zu 90% der Fälle primär ein nicht-defibrillierbarer Rhythmus vorliegt und vor allem sehr alte Patienten betrifft (Kitamura et al. 2014). Einzig in der erwähnten dänischen, allerdings retrospektiven Studie lag die Entlassrate mit ca. 9% deutlich höher, wobei etwa die Hälfte der Patienten ein schlechtes neurologisches Ergebnis zeigte (Soholm et al. 2014).

Sehr hohes Alter ist bei einer Reanimation nicht der alleinige Prädiktor für ein negatives Outcome, aber ein wichtiger: Verglichen mit 65–79-Jährigen sinkt die Überlebenswahrscheinlichkeit nach den Ergebnissen einer prospektiven großen Beobachtungsstudie aus Japan bei 80–89-Jährigen auf ein Drittel und bei über 90-Jährigen auf ein Achtel. Der wichtigste Prädiktor für ein neurologisch intaktes Überleben war in jener Studie der initiale Herzrhythmus, wobei primäres Kammerflimmern die Überlebenswahrscheinlichkeit um den Faktor 16 steigerte. Weitere, demgegenüber jedoch deutlich weniger einflussreiche Faktoren waren die vor dem Ereignis verbliebenen Aktivitäten im täglichen Leben, das Ergreifen von Ersthelfermaßnahmen sowie die Eintreffzeit des Rettungsdienstes. Auch das Leben in einem Altenheim verschlechterte die Aussicht auf einen erfolgreichen Ausgang um den Faktor 2,5 (Kitamura et al. 2014). In der australischen Studie war die Prognose in Altenheimen bei nicht-defibrillierbaren Rhythmen etwa um den Faktor 4–8 schlechter als in allen anderen Lokalisationen des Herzstillstandes. Bei primärem Kammerflimmern war die Prognose im Vergleich zu häuslichen Herzstillständen allerdings nicht signifikant schlechter (Deasy et al. 2011). In Kopenhagen konnten die genannten Einflussfaktoren auf die Prognose ebenfalls nachgewiesen werden, mit insgesamt jedoch nicht derart ausgeprägten Einflüssen des Alters und des Herzrhythmus' (Soholm et al. 2014). Automatische externe Defibrillatoren könnten die Prognose von Patienten mit Kammerflimmern in Altenheimen weiter verbessern, sind jedoch hierzulande in diesen Einrichtungen die Ausnahme.

Bezüglich der Dauer der Reanimation empfiehlt der European Resuscitation Council (ERC), dass bei einer primären Asystolie die Reanimation nach 20 Minuten erfolgloser erweiterter Maßnahmen abgebrochen werden könne (Lippert et al. 2010), wobei allerdings jeder Fall individuell beurteilt werden müsse. Inwieweit eine solche Reanimation bei einem unbeobachteten asystolen Kreislaufstillstand eines schwer pflegebedürftigen Patienten medizinisch und ethisch Sinn macht, darf jedoch kritisch hinterfragt werden.

Fallbeispiel:

Der Notarzt wird zu einem 88-jährigen Patienten in ein Altenheim gerufen. Dieses wird nach ca. 13 Fahrminuten erreicht. Die RTW-Besatzung war ca. 4 Minuten zuvor eingetroffen und

hatte den Mann leblos und asystol vorgefunden, worauf sie umgehend mit der kardiopulmonalen Reanimation begonnen hatte. Aktuelle Situation: Thoraxkompression und Beatmung über Larynxtubus erfolgen suffizient, es besteht weiterhin eine Asystolie. Der Notarzt lässt die Basisreanimation zunächst fortführen und erhebt parallel die Anamnese. Der Patient leidet seit vielen Jahren neben zahlreichen anderen Erkrankungen vor allem an einer Herzinsuffizienz im Stadium NYHA (New York Heart Association) IV mit zuletzt intermittierender O_2-Abhängigkeit. Er hatte seit dem frühen Abend wieder vermehrt Luftnot empfunden und deswegen O_2 erhalten. Ca. 30 Minuten nach der letzten Visite sei er von der Pflegekraft leblos im Bett liegend vorgefunden worden. Reanimationsmaßnahmen waren bis zum Eintreffen des RTW nicht ergriffen worden. Eine Patientenverfügung liegt nicht vor. Angesichts des mutmaßlichen langen therapiefreien Intervalls und einer austherapierten Herzinsuffizienz bricht der Notarzt die Reanimation ab. Bei der Nachbesprechung äußert einer der beteiligten Rettungsassistenten sein völliges Unverständnis über die seiner Auffassung nach voreilige Beendigung der Reanimation. Eine weiterführende Erörterung über die Notwendigkeit, die Prognose der Grunderkrankung in Reanimationsentscheidungen einzubeziehen, lehnt er vehement und sichtbar frustriert ab. Der Notarzt nimmt die Situation zum Anlass, solche Szenarien in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in einer aktuellen Fortbildungsveranstaltung zu thematisieren.

Fehlen gegenteilige Patientenverfügungen und liegt offensichtlich kein Terminalzustand vor, sollte insbesondere bei einem beobachteten Ereignis und/oder bei Kammerflimmern umgehend mit einer Reanimation begonnen werden. Im Fall, dass im Verlauf ein Terminalzustand oder der gegenteilige Patientenwille offensichtlich werden sollten, ist die Reanimation umgehend zu beenden. Prädiktoren für ein ungünstiges Reanimationsergebnis sind primärer Herzrhythmus, weit fortgeschrittene Grunderkrankung, massive Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens, sehr hohes Alter, Unterlassen von Ersthelfermaßnahmen und ein Leben im Altenheim.

6.6 Notfälle bei Pflegenden

Wie einleitend erwähnt, werden über 1 Million Pflegebedürftige ausschließlich von ihren Angehörigen gepflegt – ganz überwiegend von der Ehefrau oder Tochter. Angesichts der enormen physischen und psychischen Belastung ist ein krankheitsbedingter Ausfall der Hauptpflegeperson ein Ereignis, mit dem jederzeit, besonders jedoch bei langjähriger Betreuung, gerechnet werden muss. In einem solchen Fall hat das Rettungsteam neben der medizinischen Versorgung des Patienten auch die Situation des Pflegebedürftigen zu bedenken und dessen weitere Versorgung zumindest anzustoßen. Findet sich nicht kurzfristig die Möglichkeit einer Überbrückung durch weitere Angehörige, Nachbarn oder einen ad hoc verfügbaren ambulanten Pflegedienst, bleibt u.U. keine andere Wahl, als den Patienten entweder akut in ein Heim (was häufig eine Herausforderung darstellt) oder in eine Klinik einzuweisen. Der Zusammenbruch des bisherigen Versorgungskonstrukts kann dabei für den Hilfsbedürftigen ein extrem traumatisierendes Erlebnis darstellen.

Fallbeispiel:

Mittwoch, 4:00 Uhr früh: Notarzteinsatz wegen „akutem Thoraxschmerz“. Eine 78-jährige Patientin berichtet, sie habe seit 3 Stunden Luftnot und einen wechselnden „Druck auf der Brust“. Im EKG zeigt sich ein akuter großer Vorderwandinfarkt. Klinisch besteht eine deutliche Lungenstauung. Nach Gabe von Sauerstoff, Morphin, Nitro, Furosemid, ASS und Heparin bessert sich der Zustand leicht. Als die Notärztin die Patientin telefonisch im Herzzentrum ankündigt, bittet diese, sie nicht sofort in die Klinik zu transportieren, da sie sich erst noch um die weitere Versorgung ihres pflegebedürftigen Ehemanns kümmern müsse. Dieser ist aufgrund einer langjährigen Parkinson-Erkrankung seit Jahren bettlägerig sowie harn- und stuhlinkontinent. Die Hauptpflegelast ruht auf der bislang körperlich gesunden Patientin. An Wochenenden wird sie im Wechsel von den weiter entfernt lebenden Kindern unterstützt. Die Notärztin erläutert der Frau die Notwendigkeit der sofortigen Katheterintervention. Jedoch gelingt es ihr erst, diese hiervon zu überzeugen, als sie die drohenden Folgen einer unterlassenen Behandlung für die weitere Versorgung des Ehemannes deutlich macht (Tod oder Invalidität, ohne die Möglichkeit, den Mann weiterhin versorgen zu können) und ihr verspricht, das Nötige zu dessen Versorgung zu veranlassen. Der telefonisch erreichte Sohn sichert das Kommen zu, wird jedoch erst in 3 Stunden eintreffen. Eine kurzzeitige Betreuung durch Nachbarn ist nicht möglich, ein ambulanter Pflegedienst kurzfristig nicht verfügbar. Aufgrund des Konflikts zwischen der dringlichen Transportnotwendigkeit und der fehlenden Betreuung des Ehemanns fordert die Notärztin einen weiteren RTW und den Ärztlichen Bereitschaftsdienst zur Klärung nach und tritt – bei inzwischen instabileren Kreislaufverhältnissen der Patientin – den Transport an. Nach Einsatzende erfährt sie, dass der Ehemann zwischenzeitlich psychisch völlig dekompensiert in eine nahe gelegene Neurologisch-Psychiatrische Fachklinik transportiert werden musste.

Ein Ausfall der häuslichen Hauptpflegeperson kann ein bislang reibungslos funktionierendes häusliches Pflegekonstrukt von einem Moment auf den anderen zerstören. Es ist daher keine unbillige Forderung, für unsere alternde Gesellschaft neben dem Rettungsdienst auch einen sog. „Pflegenotdienst“, zumindest jedoch ausreichend Akutpflegeplätze in Heimen zu fordern.

6.7 Fazit und Ausblick

Einsätze bei pflegebedürftigen Patienten stellen ein zunehmendes und in mehrfacher Hinsicht sehr anspruchsvolles Feld der Notfallmedizin dar. Probleme der Entscheidungsfindung bei Notfällen mit pflegebedürftigen Patienten sind insbesondere:

- Unkenntnis der Biographie
- Unsicherheit hinsichtlich der Prognose der aktuellen Erkrankung und von Vorerkrankungen
- Unkenntnis bzw. schwierige Interpretation des Patientenwillens
- hohen Zeitdruck
- u.U. zum Patientenwillen widersprüchliche Erwartungshaltung von Angehörigen und/oder Dritten
- beträchtliche Gefahr von Fehlentscheidungen
- Grenzen von Algorithmen für die individuelle Entscheidungsfindung

Die rückläufige Präsenz von Hausärzten und Notärzten in der Fläche stellt vor diesem Hintergrund eine Entwicklung dar, deren Folgen auf die Versorgung dieser Patienten noch gar nicht richtig abschätzbar sind. Die zukünftig bessere Ausbildung des Rettungsfachpersonals – auch in Bezug auf geriatrische Patienten – im Rahmen des Notfallsanitätergesetzes ist fachlich uneingeschränkt zu begrüßen. Gleichzeitig muss betont werden, dass die Entscheidungsfindung in medizinischen, ethischen und rechtlichen Grenzsituationen eine extreme Herausforderung darstellen kann, die nicht in einfachen Algorithmen abbildbar ist, ein beträchtliches Risiko von Fehlentscheidungen beinhaltet und daher aus gutem Grund ärztliche Kernaufgabe bleiben muss.

Nach Redaktionsschluss sind die neuen Reanimationsleitlinien des European Resuscitation Council (ERC) erschienen, inkl. eines neuen Kapitels zur Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Die deutsche Übersetzung ist über die Homepage des German Resuscitation Council (GRC) mit dem folgenden Link kostenfrei zugänglich: http://www.grc-org.de/leitlinien2015. Gegenüber der Fassung von 2010 sind insbesondere die Aspekte Patientenautonomie und -rechte, Fürsorge, Schadensvermeidung, Gerechtigkeit, Aussichtslosigkeit, Vorausverfügungen sowie Unterschiede in der ethischen Praxis in Europa deutlich ausführlicher bzw. z.T. erstmalig dargestellt. Die ergänzende Lektüre wird empfohlen.

Literatur

Beauchamp TL, Childress JF (2012) Principles of biomedical ethics. 7. Auflage. Oxford University Press New York

Benetos A, Labat C, Rossignol P, Fay R, Rolland Y, Valbusa F, Salvi P, Zamboni M, Manckoundia P, Hanon O, Gautier S (2015) Treatment with multiple blood pressure medications, achieved blood pressure, and mortality in older nursing home residents: The PARTAGE Study. JAMA Intern Med 16 [Epub ahead of print]

Birnbacher D, Klitsch W, Langenberg U, Barnikol UB (2015) Umgang mit Demenzpatienten: Gemeinsam verantwortete Entscheidungen. Dtsch Arztebl 112: 514–515

Brandt HE, Delines L, Ooms ME, can der Steen JT, can der Wal G, Ribbe MW (2005) Symptoms, signs, problems and diseases of terminally ill nursing home patients. Arch Intern Med 165: 314–320

Bundesministerium für Gesundheit (2011) Fünfter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_der_Bundesregierung_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_und_den_Stand_der_pflegerischen_Versorgung_in_der_Bundesrepublik_Deutschland.pdf (Zugriff am 24.03.2015)

Deasy C, Bray JE, Smith K, Harriss LR, Bernard SA, Cameron P, VACAR Steering Committee (2011) Out-of-hospital cardiac arrests in the older age groups in Melbourne, Australia. Resuscitation 82: 398–403

Hoffmann F, Kaduszkiewicz H, Glaeske G, van den Bussche H, Koller D (2014) Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany. Aging Clin Exp Res 26: 555–559

Kitamura T, Morita S, Kiyohara K, Nishiyamad C, Kajinoe K, Sakaie T, Nishiuchif T, Hayashib Y, Shimazue T, Iwamig T (2014) Trends in surviving among elderly patients with out-of-hospital cardiac arrest: a prospective, population-based observation from 1999 to 2011 in Osaka. Resuscitation 85: 1432–1438

Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L (2010) Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Sektion 10 der Leitlinien zur Reanimation 2010 des European Resuscitation Council. Notfall Rettungsmed 13: 737–744

Luiz T, Madler C (2009) Einsätze in Altenheimen. Notfallmedizin up2date 4: 313–328

McParland E, Likourezos A, Chichin E, Castor T, Paris BE (2003) Stability of preferences regarding life-sustaining treatment: a two-year prospective study of nursing home residents. Mt Sinai J Med 70: 85–92

Parry R, Seymour J, Whittaker B, Bird L, Cox K (2013) Rapid evidence review: pathways focused on the dying phase in end of life care and their key components. http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-activity/health-services/departmentofhealth/150893review_academic_literature_on_end_of_life.pdf (Zugriff am 15.04.2015)

Prückner S, Madler C (2009) Der demographische Wandel. Notfallmedizin für eine alternde Gesellschaft. Notfall Rettungsmed 12: 13–18

Soholm H, Bro-Jeppesen J, Lippert FK, Køber L, Wanscher M, Kjaergaard J, Hassager C (2014) Resuscitation of patients suffering from sudden cardiac arrests in nursing homes is not futile. Resuscitation 85: 369–375

Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html;jsessionid=D8DC4EFEFBFDD73A4B999690312AE9B9.cae2 (Zugriff am 24.03.2015)

Wiese CHR, Duttge G, Weber AK, Zausig YA, Ruppert D, Hanekop GG, Graf BM (2009) Notfallmedizinische Betreuung von Palliativpatienten am Lebensende. Anaesthesist 58: 1097–1106

Wiese CHR, Zausig YA, Vormelker J, Orso S, Graf BM, Hanekop GG (2010) Ambulante und stationäre palliativmedizinische Patientenversorgung in Deutschland. Anaesthesist 59: 162–170



Dr. med. Thomas Luiz

1982–1988 Studium der Medizin an der Universität Heidelberg. 1998–1995 Weiterbildung zum Arzt für Anästhesie am Theresien-Krankenhaus Mannheim sowie am Universitätsklinikum Mannheim. 1999 Wechsel an die Klinik für Anästhesie und Notfallmedizin am Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern. Seit 2000 Oberarzt. 2005–2008 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst. Seit 2009 Projektleiter Medizin am Deutschen Zentrum für Notfallmedizin & IT am Fraunhofer IESE. Forschungsschwerpunkte: Epidemiologie psychosozialer und geriatrischer Notfälle, Ambiente Notfallerkennung, logistische Aspekte der Notfallmedizin, Epidemiologie und Therapie des Herzkreislaufstillstandes.

7 Recht in der Notfallmedizin

Marc Nüßen

Historisch geht das, was als Recht bezeichnet wird, aus ethischen Grundprinzipien hervor. Das Gebot, andere stets so zu behandeln, wie man selbst behandelt werden möchte, ist eine Regel – mithin ein Rechtssatz –, der zentralen ethischen Wertvorstellungen zum praktischen Leben verhelfen soll. Waren es einst die persönlichen Vorstellungen von Sitte und Moral der herrschenden Klasse, die unmittelbar als Recht galten, entwickelte sich spätestens mit Kants Formulierung des kategorischen Imperativs eine neue Betrachtung des Verhältnisses von Ethik und Recht zueinander: *„Handle stets nach einer Maxime, von der Du wollen kannst, dass sie zu einem allgemeinen Gesetz würde."* Die Freiheit einer Person als Grundvoraussetzung ethischen Verhaltens kann indes die Freiheit einer anderen Person überlagern, beeinträchtigen, beschneiden. Dies macht das Aufstellen von Grenzen individueller Freiheit erforderlich. Der Staatsrechtler Georg Jellinek vertrat dem folgend die Auffassung von Recht als „ethischem Minimum".

Die Notfallmedizin stellt ihre Akteure ständig vor Entscheidungen von hoher sittlicher oder moralischer Bedeutung. Der Umgang mit Menschen in größter Gefahr oder Not, aber auch mit Verstorbenen bringt Ausnahmesituationen mit sich im Spannungsfeld zwischen Eilbedürftigkeit und psychischer Belastung der Handelnden auf der einen Seite und dem Erfordernis ethischer Angemessenheit auf der anderen Seite. Viele der zu treffenden Entscheidungen werden jedoch anhand von Rechtsvorschriften gelenkt oder beeinflusst.

7.1 Grundlagen

7.1.1 Rechtsgebiete

Das deutsche Recht unterteilt sich grob in drei Rechtsgebiete. Das **Zivilrecht**, das **öffentliche Recht** und das **Strafrecht** (wobei letzteres bei näherer Betrachtung eine

Ausprägungsform des öffentlichen Rechts ist). Das Zivilrecht regelt die Rechtsbeziehungen von natürlichen (Bürgern) und/oder privatrechtlichen juristischen Personen (Unternehmen, Vereinen etc.) untereinander. Das öffentliche Recht befasst sich mit dem Verhältnis der genannten Privatrechtssubjekte zum Staat und seinen Erscheinungsformen (in der Regel Behörden). Das Strafrecht schließlich knüpft Rechtsfolgen an bestimmte, gesellschaftlich unerwünschte Verhaltensweisen des Bürgers (Achtung: nur natürliche Personen! Unternehmen und sonstige juristische Personen, z.B. Krankenhäuser oder Rettungsdienstträger, sind im Gegensatz zu ihren Verantwortlichen nicht strafrechtsfähig).

7.1.2 Rechtsquellen

Hauptrechtsquelle des Zivilrechts ist das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB). Das öffentliche Recht wird aus einer Vielzahl von Normen gespeist, die je nach grundgesetzlicher Zuständigkeitsbestimmung (Artikel 70–74 GG) von den Rechtsträgern Bund oder (Bundes)Land erlassen werden. Im Falle einer besonderen gesetzlichen Ermächtigung können öffentlich-rechtliche Normen auch von Kommunen oder bestimmten Körperschaften oder Anstalten des Bundes oder der Länder erlassen werden. Das Strafrecht ist vorrangig im Strafgesetzbuch geregelt, weitere Strafvorschriften finden sich als sogenanntes Nebenstrafrecht verteilt in zahlreichen öffentlich-rechtlichen Normen (z.B. im Arzneimittelgesetz, im Medizinproduktegesetz oder im Apothekengesetz).

7.1.3 Rechtssystematik

Zivilrechtliche Beziehungen entstehen in der Regel durch Vertragsschluss, also durch Vereinbarung einer Leistung und einer dafür bestimmten Gegenleistung. Hierin liegen die sogenannten **Primärleistungspflichten**.

Beim Behandlungs- und Transportvertrag, der typischen Vertragsart in der Notfallmedizin, besteht die Primärleistung in der Herstellung eines die Transportfähigkeit begründenden Zustands und in dem schnellstmöglichen Transport in ein geeignetes Krankenhaus. Auch die Betreuung während der Transportfahrt ist primäre Leistungspflicht (vgl. unten „Unterlassungsdelikte“). Die Kostentragung für den Einsatz (Material, Personalkosten) obliegt als primäre Gegenleistung dem Patienten bzw. dessen Krankenversicherung.

Neben den Primärleistungspflichten gibt es in jedem Vertragsverhältnis auch **Schutzpflichten** (§ 241 Abs. 2 BGB). Jede Vertragspartei ist verpflichtet, die rechtlich geschützten Interessen der anderen Partei(en) zu achten. Eine Partei ist zum Schadensersatz verpflichtet, wenn sie im Zuge der Vertragserfüllung der anderen Partei gegenüber einen Schaden zu vertreten hat, etwa an der Gesundheit oder am Eigentum. Auch ohne ausdrückliche Vereinbarung müssen beide Seiten auf geschützte Rechtspositionen der jeweils anderen Partei Rücksicht nehmen.

Ein **Behandlungs- und/oder Transportvertrag** kann auf unterschiedliche Weise zustandekommen. In den meisten Fällen wird der Rettungsdienst vom Patienten zu Hilfe gerufen. Üblicherweise werden beim Zusammentreffen aber nicht die Vertragsinhalte besprochen. Sie gelten als selbstverständlich. Der Vertragsschluss wird damit stillschweigend (konkludent) vereinbart. Die Pflichten (insbesondere auch die Pflicht

zur Kostentragung durch den Patienten bzw. dessen Krankenversicherung) entstehen in diesem Fall genau wie beim ausdrücklich vereinbarten Vertrag.

Beim nicht willensfähigen oder sogar bewusstlosen Patienten wird weder ausdrücklich noch konkludent ein Vertrag geschlossen. Hier wird der Rettungsdienst im Rahmen der Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677ff. BGB) tätig, in der Regel als Geschäftsführung zur Gefahrenabwehr, § 680 BGB. Maßgeblich ist der mutmaßliche Wille des Patienten. In genau diesem Umfang gilt das medizinische Personal als beauftragt und greift in den Rechts- und Interessenkreis des Patienten ein. Die Gegenleistung (Kostentragung) bemisst sich hier nicht nach einer ausdrücklichen oder vertraglichen Regelung. Stattdessen billigt das Bürgerliche Gesetzbuch gemäß § 683 dem Rettungsdienst (als sogenanntem Geschäftsführer) einen Anspruch auf Aufwendungsersatz gegen den Patienten zu.

Wie bereits oben erwähnt, kann das Handeln bzw. Nichthandeln eines Notfallmediziners nicht nur Ansprüche des Patienten begründen. Es kann auch staatliche Sanktionierung auslösen, etwa durch strafrechtliche Verfolgung. Die Strafbarkeit bemisst sich nach drei Prüfungsebenen:

- Ist der gesetzlich normierte Straftatbestand erfüllt?
- Gibt es eine Rechtfertigung (z.B. Notwehr)?
- Ist die Tat schuldhaft verübt worden (oder bestand z.B. ein Verbotsirrtum, § 17 StGB)?

Der **ärztliche Heileingriff** erfüllt regelmäßig den Straftatbestand der Körperverletzung gem. § 223 StGB, häufig sogar der gefährlichen Körperverletzung gem. § 224 Abs. 1 Zf. 1, 2 oder 5 StGB (vgl. BGH, 1 StR 319/2003). Bei Einwilligung oder (wenn diese nicht eingeholt werden kann) bei mutmaßlicher Einwilligung des Patienten besteht aber ein Rechtfertigungsgrund gem. § 228 StGB.

Die dargestellte Grobsystematik von zivilrechtlichen Ansprüchen und von Strafbarkeitsprüfungen soll dem besseren Verständnis der weiteren Ausführungen dienen. Bei aller gebotenen Kürze handelt es sich um eine zusammenfassende Darstellung ausgewählter Rechtsbereiche, die in ganz besonderem Maße ethische Fragen in der Notfallmedizin berühren oder sich in ihrer unmittelbaren Nähe befinden.

7.2 Pflicht zum Handeln

Der Patient ist frei in seiner Entscheidung, ob er notfallmedizinisch behandelt bzw. transportiert werden möchte. Seine Verweigerung, sich in ein Krankenhaus befördern zu lassen, kommt in rettungsdienstlichen Situationen häufig vor. Zum Beispiel trifft der Rettungsdienst oft auf Patienten, die wegen nur geringfügiger Symptome (leichter Brustschmerz) die Ernsthaftigkeit der Ursache (Angina pectoris) unterschätzen oder sie in Eigendiagnose auf harmlose Ursachen zurückführen („Ich hab grad zu hastig ein kaltes Bier getrunken. Mit mir ist alles in Ordnung.“)

! **Wenn ein einwilligungsfähiger Patient die Behandlung oder den Transport ernsthaft und endgültig verweigert, so muss der Rettungsdienst dies akzeptieren, auch wenn die Verweigerung allen Geboten der Vernunft zuwiderläuft.**

Auch finden sich am Einsatzort immer öfter Patientenverfügungen, in denen die Einwilligung zu bestimmten Behandlungsmaßnahmen ausdrücklich nicht erteilt wird. Das notfallmedizinische Personal hat keine vergleichbare Entscheidungsfreiheit, ob es Behandlungsmaßnahmen durchführen will. Es ist hierzu verpflichtet. Für den öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst ergibt sich dies aus seinem **hoheitlichen Sicherstellungsauftrag**, für den zugelassenen privaten Unternehmer aus den Landesrettungsdienstgesetzen (z.B. § 23 Abs. 1 RettG NRW). Unterlässt ein in der Notfallmedizin Verantwortlicher eine ihm gebotene Handlung (z.B. die Versorgung einer Wunde oder die Betreuung des Patienten während der Fahrt) und entsteht dadurch ein Schaden, löst dies in der Regel Schadensersatzansprüche aus.

Daneben kommt zumeist auch eine strafrechtliche Verantwortung in Betracht. Straftaten können nicht nur durch aktives Tun begangen werden, sondern auch durch das Unterlassen gebotener Handlungen. Es wird unterschieden zwischen **echten und unechten Unterlassungsdelikten**. Echte Unterlassungsdelikte sind die Straftaten, bei denen schon in der entsprechenden Strafnorm das Unterlassen als Tatbestandsmerkmal enthalten ist („Wer es unterlässt …“), z.B. die Nichtanzeige geplanter Straftaten (§ 138 StGB) oder die unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB, s.u.).

Regelmäßig können die sogenannten Begehungsdelikte (also der Großteil der im StGB geführten Straftaten) auch als unechte Unterlassungsdelikte begangen werden. Dies ist dann der Fall, wenn der tatbestandliche „Erfolg“ auf dem Unterlassen beruht (das Unterlassen also für das Ergebnis – etwa den Tod des Patienten – ursächlich gewesen ist) und der Unterlassende die rechtliche Pflicht hatte, dafür Sorge zu tragen, dass eben dieser „Erfolg“ nicht eintritt. Beispielsweise kann sich ein Rettungsdienstmitarbeiter eines Tötungsdelikts nicht nur durch eine aktive Tötungshandlung wie einen Schlag, einen Stich oder einen Schuss schuldig machen. Er kann auch durch das Unterlassen einer gebotenen Rettungshandlung, etwa die Verweigerung, eine schwere Blutung zu stillen, eine strafbare Tötung begehen.

Die Pflicht zur Abwendung des straftatbestandlichen „Erfolgs“ (also des Todes, der Körperverletzung usw.) wird als **Garantenpflicht** bezeichnet. Der Garant wird nicht nur bestraft, wenn er selbst aktiv fremde Rechtsgüter (also rechtlich geschützte Interessen eines anderen) verletzt, sondern auch, wenn er es im Rahmen seiner Möglichkeiten und Fähigkeiten nicht verhindert, dass ein Rechtsgut auf andere Weise beeinträchtigt wird (es also unterlässt). Übertragen auf die Notfallmedizin heißt das beispielsweise, dass ein Notarzt einem Patienten zum einen nicht aktiv gesundheitlichen Schaden zufügen darf, zum anderen aber auch zur Hilfe verpflichtet ist, soweit ihm diese möglich und zumutbar ist.

Eine Garantenpflicht kann aus unterschiedlichen Gründen entstehen. Sie kann zum Beispiel ausdrücklich rechtlich normiert sein, aus Lebens- oder Gefahrgemeinschaften resultieren oder aus einem pflichtwidrigen Vorverhalten begründet sein (wer eine Gefahr verursacht hat, muss dafür sorgen, dass sie sich nicht realisiert, sog. Ingerenz). In der Notfallmedizin ergibt sich die Garantenpflicht des Personals aus der Übernahme seiner Aufgaben. Der Bundesgerichtshof hat dies im Jahr 2001 folgendermaßen formuliert: „Nehmen Rettungssanitäter ihre Aufgabe wahr, entsteht ein Obhutsverhältnis gegenüber dem Betroffenen, das wesentlich von der Pflicht bestimmt ist, diesen vor weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu bewahren (Garantenstellung durch die tatsächliche Übernahme der Gewähr für das Rechtsgut Gesundheit).“ (BGH 1 StR 130/2001).

Übrigens: Nur weil eine Person infolge ihrer Ausbildung ein besonderes Fachwissen hat (z.B. Arzt ist), entsteht keine Dauer-Garantenpflicht gegenüber jedermann. Wenn sie jedoch Hilfe leistet (z.B. in einem privat erlebten Unglücksfall), werden höhere Ansprüche an die Qualität ihrer Hilfeleistung gestellt.

Es werden zwei Formen der Garantenstellung unterschieden. Die des Beschützergaranten und die des Überwachergaranten. Der Beschützergarant steht dafür ein, dass Gefahren von einer bestimmten Person abgewendet werden. Der Überwachergarant sorgt dafür, dass sich von einer Person ausgehende Gefahren für Dritte nicht realisieren. In der Notfallmedizin kommen beide Formen der Garantenstellung in Betracht.

Als Beschützergarant sorgt der Notfallmediziner dafür, dass Gefahren vom Patienten abgewendet werden (z.B. indem er eine Blutung stillt). Als Überwachergarant verhindert er, dass der Patient gefährlich für Dritte wird (z.B. indem er einen MRSA-befallenen Patienten als solchen in der Klinik vorankündigt).

7.3 Unterlassene Hilfeleistung

Wie bereits oben erwähnt, ist die **unterlassene Hilfeleistung** ein echtes Unterlassungsdelikt. Bestraft wird, „wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist." (§ 323c StGB). Zweck der Vorschrift ist die Sicherung des Mindestmaßes an mitmenschlicher Solidarität innerhalb der Gesellschaft. Aus diesem Grund ist § 323c StGB als Auffangtatbestand zu sehen: Ist in derselben Unterlassung auch ein anderer Straftatbestand (z.B. Totschlag, Körperverletzung, Aussetzung) verwirklicht, tritt die unterlassene Hilfeleistung dahinter zurück (und wird nicht gesondert bestraft). Nur wenn das Unterlassen nicht anderweitig zu einer Strafbarkeit führt, kommt eine Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung in Betracht. Somit hat § 323c StGB eine Lückenschließungsfunktion.

Zentrale Voraussetzung ist eine spezifische Gefahrenlage, die in einem **Unglücksfall**, einer Lage gemeiner Gefahr oder Not bestehen kann. Unter den Begriff des Unglücksfalls im Sinne des § 323c StGB fällt jedes mit einer gewissen Plötzlichkeit eintretende Ereignis, das eine erhebliche Gefahr bringt oder zu bringen droht (so z.B. BGH, 2 StR 63/1985). Nach BGH-Rechtsprechung sind auch Gefahrensituationen als Unglücksfall zu werten, die durch einen Selbsttötungsversuch des Gefährdeten verursacht worden sind. Es fragt sich aber, inwieweit die Abwendung der daraus resultierenden Gefahr dem Verpflichteten zumutbar ist. Bei einem freiverantwortlichen Suizidversuch kann wohl keine Hilfeleistung gegen den Willen des Betroffenen verlangt werden (Tröndle/Fischer, § 323c, Rn. 5). Entgegen der bisherigen BGH-Rechtsprechung entschied auch das Landgericht Deggendorf im Jahr 2013: „Eine Verpflichtung zur Vornahme von lebenserhaltenden Maßnahmen gegenüber einem freiverantwortlich handelnden Suizidenten besteht auch nicht für einen diensthabenden Notarzt. Einer entsprechenden Handlungsverpflichtung steht insofern bereits der zu beachtende Suizidwille des Patienten entgegen." (LG Deggendorf, 1 Ks 4 Js 7438/2011). Andererseits ist es für den Notarzt häufig ausgesprochen schwierig, einen frei verantwortlichen Suizidversuch von dem bewusst inkonsequenten Selbstmordversuch als „Hilferuf" zu unterschei-

den. Aus diesem Grund wird die Pflicht des Notarztes bei fehlender Zumutbarkeit zu verneinen sein, zugleich wird aber auch kein Verbot zum Handeln bestehen.

Eine Krankheit ist nicht per se als Unglücksfall zu werten. Nimmt diese hingegen eine plötzliche und sich rasch verschlimmernde Wendung, besteht nach herrschender Meinung ein Unglücksfall (BGH, 2 StR 63/1985), z.B. wenn sich „normale“ Herzrhythmusstörungen plötzlich zu einem Kammerflimmern umschlagen.

Unter **gemeiner Not** im Sinne des § 323c StGB ist jede die Allgemeinheit betreffende Notlage zu verstehen, zum Beispiel infolge von Naturkatastrophen oder Großschadensereignissen bei Industrie-Unfällen oder Bränden (Tröndle/Fischer, § 323c, Rn. 8).

Hilfe muss allerdings nur geleistet werden, soweit dies erforderlich, möglich und zumutbar ist. Erforderlichkeit besteht dann, wenn ohne die Hilfeleistung die Gefahr eines (ggf. weiteren oder größeren) Schadens besteht. Die Zumutbarkeit ist einzelfallabhängig. Bewertungsmaßstäbe sind insbesondere die Gefahren für den Helfenden innerhalb der Notfallsituation, aber auch seine physischen und geistigen Kräfte. Es wird einem Notarzt z.B. kaum zumutbar sein, einen Patienten aus einem brennenden PKW zu befreien. Zugleich bestehen in der Praxis häufig Konflikte, wenn der Beginn von Rettungshandlungen bis zur Sicherung der Einsatzstelle durch Feuerwehr oder Techniker warten muss (etwa bei einem einsturzgefährdeten oder brennenden Haus). Stets gilt jedoch: Das eigene Leben geht vor.

Verzichtet der Gefährdete wirksam und ausdrücklich auf Hilfe (z.B. durch Aufforderung, keine Behandlungsmaßnahmen durchzuführen oder keinen Transport in ein Krankenhaus vorzunehmen), ist das Unterlassen der Hilfeleistung nicht rechtswidrig. Auch hier bestehen jedoch oft Probleme, die Situation zutreffend zu bewerten. Schließlich ist immer denkbar, dass es sich um keinen einwilligungsfähigen Notfallpatienten handelt (z.B. infolge einer geistigen Erkrankung). Die Bewertung ist einzelfallabhängig.

Art und Maß der Hilfeleistung sind von den individuellen Fähigkeiten des Hilfspflichtigen abhängig. Notfallmedizinisches Personal wird in einem Unglücksfall am ehesten zur Hilfeleistung geeignet sein. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass für Ärzte eine aus § 323c StGB erwachsende Sonderpflicht besteht (vgl. oben unter „Pflicht zum Handeln“). Die ärztliche Sachkunde vermag eine besondere Hilfspflicht im Sinne des § 323c StGB nur dann zu begründen, wenn der um Hilfe angegangene, nicht unmittelbar beteiligte Arzt wirksamere und frühere Hilfe leisten kann als andere Personen (OLG Hamm, 3 Ws 476/2000). Auch ist beim Arzt die Pflicht zur Hilfe um eine nach Lage des Falles durchzuführende Untersuchungspflicht erweitert. Die Unterlassung möglicher und zweckmäßiger Untersuchungsmethoden führt objektiv zur Erfüllung des Straftatbestands (OLG München, VII BerL 642/1977). Überweist ein praktischer Arzt einen Verunglückten aufgrund einer nur behelfsmäßig möglichen Untersuchung in ein Krankenhaus, so ist der dort als Facharzt zuständige Krankenhauschirurg hilfspflichtig (BGH, 1 StR 567/1965).Ein Arzt des Bereitschaftsdienstes macht sich hingegen wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar, wenn er sich auf einen Anruf eines Familienangehörigen des Patienten trotz des offensichtlichen Vorliegens eines medizinischen Notfalls (plötzliches Auftreten stärkster Schmerzen bei einem Krebspatienten) weigert, den Patienten vor Ort zu untersuchen und eine ärztliche Entscheidung zu treffen und sich stattdessen z.B. auf die Empfehlung beschränkt, in eigener Entscheidung ein zweites Morphiumpflaster anzubringen (so das AG Augsburg, Cs 400 Js 123521/2003).Ein Arzt „muss bei plötzlicher Verschlimme-

rung einer Krankheit unter Umständen eine unaufschiebbare Operation vornehmen oder veranlassen; er muss – soweit möglich – wirksame therapeutische Maßnahmen ergreifen oder dem Kranken wesentliche Erleichterung verschaffen und kann sich nicht damit begnügen, die Einweisung in ein Krankenhaus zu empfehlen." (Tröndle/Fischer, § 323c, Rn. 14 m.w.N.).

7.4 Hinzuziehung der Polizei

Die Hinzuziehung der **Polizei** zum Einsatzgeschehen ist notfallmedizinischer Alltag. Gleichwohl sind hierdurch rechtliche Interessen des Patienten oder seiner Angehörigen berührt, was sich sogar in strafrechtlicher Relevanz niederschlägt.

Die Weitergabe von Informationen über den Patienten an die Polizei, aber auch die Einräumung eines Zugangs zu diesen Informationen kann die Verletzung von Privatgeheimnissen im Sinne des § 203 StGB bedeuten. Geheimnisse im Sinne dieser Vorschrift sind Tatsachen, die sich auf die Person des Betroffenen beziehen und bei denen der Betroffene ein schutzwürdiges Interesse hat, dass sie höchstens einem begrenzten Personenkreis bekannt sind oder werden. § 203 StGB erfasst die in der Notfallmedizin tätigen Berufsgruppen, insbesondere Ärzte, Notfallsanitäter (als Angehörige eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert) und Rettungssanitäter (als Gehilfen im Sinne des § 203 Abs. 3 S. 2 StGB). Eine ehrenamtliche Tätigkeit reicht aus, soweit damit eine organisatorische Eingliederung verbunden ist (Tröndle/Fischer, 59. Auflage, 2012, § 203, Rn. 21).

Eine Strafbarkeit wegen des Offenbarens kommt aber nur in Betracht, wenn es unbefugt geschieht. Befugnisse zur Offenbarung können sich aus unterschiedlichen Gründen ergeben. Bei Einwilligung, aber auch bei mutmaßlicher Einwilligung (wenn der Betroffene infolge Krankheit oder Tod zur Erteilung der Befugnis außerstande ist, zugleich aber ein offensichtliches Interesse an der Offenbarung hat/hätte) besteht eine Berechtigung zur Weitergabe der Informationen. Beispielsweise wäre es wohl nicht strafbar, nach dem Transport die Angehörigen eines unterwegs verstorbenen Notfallpatienten darüber in Kenntnis zu setzen, dass dieser mehrere Tausend Euro in bar bei sich geführt hat.

Es gibt auch gesetzliche Pflichten zur **Offenbarung fremder Geheimnisse**. Diese haben häufig präventiven Charakter, dienen also der Abwehr (weiterer, größerer) Gefahren. Ein Beispiel liegt etwa in einer Reihe von Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes. Ein Geheimnisträger macht sich durch Verschwiegenheit unter Umständen sogar strafbar, nämlich wenn er von einer bestimmten geplanten Straftat erfährt, diese jedoch nicht zur Anzeige bringt (§ 138 StGB). Zu weiteren Einzelheiten der sogenannten „Schweigepflicht" siehe Kapitel 19.

Gerechtfertigt ist die Information des Jugendamtes oder der Polizei durch einen Arzt zum Beispiel auch bei Verdacht auf Kindesmisshandlungen und Wiederholungsgefahr (die regelmäßig naheliegt, Tröndle/Fischer, 59. Auflage, 2012, § 203, Rn. 47). Ebenfalls gerechtfertigt ist die Verständigung der Polizei zu Zwecken des Eigenschutzes. Bedroht zum Beispiel ein HIV-Patient das Personal mit einer benutzten Kanüle, ist die Weitergabe der Information, dass der Patient „HIV positiv" ist, an die zu Schutzzwecken herbeigerufene Polizei gerechtfertigt.

Anders sieht es bei der Offenbarung von Geheimnissen zu repressiven Zwecken, also Zwecken der Strafverfolgung, aus. Erfährt der Geheimnisträger im Rahmen seiner Berufsausübung von begangenen Straftaten, so ist er grundsätzlich weiterhin zur Verschwiegenheit verpflichtet. Allgemeine Interessen der Strafverfolgung können die Offenbarung von Geheimnissen in der Regel nicht rechtfertigen (Tröndle/Fischer, 59. Auflage, 2012, § 203, Rn. 47). Auch hier bestehen indes Ausnahmen, die zum Beispiel in den landesrechtlichen Bestattungsgesetzen geregelt sind. Beispielsweise bestimmt das Landesbestattungsgesetz Nordrhein-Westfalen in § 9 Abs. 2 und 5, dass Notärzte bei Auffinden von Anhaltspunkten einer nicht natürlichen Todesursache (Selbsttötung, Unfall, Einwirkung Dritter) an einer Leiche oder bei sonst darauf hindeutenden Umständen unverzüglich die Polizei zu verständigen haben. Gleiches gilt für den Fall, dass die Identität eines Toten nicht festgestellt werden kann (Abs. 6).

Diese Regelungen sind Ausfluss der in § 159 Abs. 1 StPO normierten Pflicht der Polizei- und Gemeindebehörden, bei Anhaltspunkten für eine nicht natürliche Todesursache oder bei Auffindung des Leichnams eines Unbekannten eine sofortige Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder das Amtsgericht vorzunehmen. Durch die landesbestattungsrechtliche Regelung soll eine vollständige Informationskette sichergestellt werden, bei der schnellstmöglich alle zur Beweissicherung und zur Rekonstruktion des Schadensereignisses bzw. der Straftat erforderlichen Anhaltspunkte gesichert werden können.

Aus dem oben Dargestellten lassen sich für die Hinzuziehung der Polizei folgende Faustregeln herleiten:

- Ist der einwilligungsfähige Patient das Opfer einer Straftat, darf die Polizei hierüber nur nach ausdrücklicher Einwilligungserklärung informiert werden.
- Ist der Patient nicht einwilligungsfähig (z.B. bewusstlos) oder tot und nach den äußeren Umständen möglicherweise das Opfer einer Straftat, so liegt – wenn keine anderslautenden Anhaltspunkte vorliegen – eine mutmaßliche Einwilligung in die Verständigung der Polizei vor. Gibt es sogar Anhaltspunkte für eine nicht natürliche Todesursache des Patienten, besteht u.U. nach Landesrecht die Pflicht des Arztes, die Polizei zu verständigen (vgl. Bestattungsgesetze der Länder).
- Ist der Patient tot und ist seine Identität unklar, besteht u.U. ebenfalls die landesrechtliche Pflicht, die Polizei zu verständigen.
- Ist der Patient nach den äußeren Umständen Täter einer Straftat, so darf die Polizei nur verständigt werden, wenn dies zur Verhinderung weiterer Straftaten erforderlich ist. Das Ziel der Bestrafung des Täters ist kein zureichender Grund.

7.5 Beschlagnahme und Freigabe von Leichen

Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die **Staatsanwaltschaft** oder an das **Amtsgericht** verpflichtet, § 159 Abs. 1 StPO. Zugleich darf in einem solchen Fall die Bestattung nicht ohne schriftliche Genehmigung der Staatsanwaltschaft erfolgen, § 159 Abs. 2 StPO. Hieraus leitet sich für die Polizei das ungeschriebene Gebot ab, zur Sicherung von Ermittlungen unverzüglich für die Bergung und Bewachung

oder sichere Unterbringung der Leiche zu sorgen (Meyer-Goßner, § 159, Rn. 4). Ihre Überführung von der Unfallstelle bzw. vom Tatort oder sonstigen Fundort an einen anderen Ort kann die Polizei vornehmen, wenn sie zuvor hinreichende Bemühungen zur Beweissicherung (Fertigung von Fotos der Leiche am Fundort, Augenscheinnahme durch Staatsanwalt oder Richter usw.) angeregt oder durchgeführt hat.

Die Beweissicherung tritt hinter die Rettungsbemühungen der Notfallmedizin zurück. Zunächst muss alles getan werden, um das Leben des Patienten zu retten. Anschließend (ggf. nach nicht erfolgreichen Rettungsbemühungen) kommt die Beweissicherung in Betracht.

Sollte der Rettungsdienst vor der Polizei eintreffen und einen offensichtlichen Todesfall vorfinden, bei dem keine Reanimationshandlungen mehr geboten sind, sollte er das Eintreffen der Polizei abwarten (bzw. diese zunächst verständigen) und die Einsatzstelle bis dahin wie vorgefunden belassen. Macht dies längere Wartezeiten erforderlich, sollte das Warten im Zustand der Einsatzbereitschaft durchgeführt und abgebrochen werden, sobald ein neuer Notfalleinsatz das Verlassen der Einsatzstelle erforderlich macht.

Gegenstände, die als Beweismittel für die Untersuchung einer Straftat von Bedeutung sein können, sind von den Ermittlungsbehörden in Verwahrung zu nehmen oder in anderer Weise sicherzustellen, § 94 Abs. 1 StPO. Zu diesen „Gegenständen“ gehören auch Leichen (Meyer-Goßner, § 94, Rn. 4). Wird eine Leiche, die potenzielle Beweisbedeutung hat, von den Angehörigen nicht freiwillig herausgegeben, bedarf es gem. § 94 Abs. 2 StPO der **Beschlagnahme**. Die Beschlagnahme ist die förmliche Sicherstellung eines Gegenstands durch Überführung in ein amtliches Verwahrungsverhältnis. Sie erfolgt auf gerichtliche Anordnung. Bei Gefahr im Verzug kommt auch die Anordnung der Staatsanwaltschaft oder der Polizei in Frage (§ 98 Abs. 1 StPO i.V.m. § 152 GVG). Im letzteren Fall ist regelmäßig binnen drei Tagen eine nachträgliche gerichtliche Bestätigung zu beantragen (§ 98 Abs. 2 StPO).

Mit Abschluss des Verfahrens endet die Beschlagnahme (ohne förmliche Aufhebung der Beschlagnahmeanordnung). Die Aufhebung der Beschlagnahme ist aber auch dann schon geboten, sobald die beschlagnahmten Gegenstände nicht mehr für die Zwecke des Strafverfahrens benötigt werden (vgl. BGH 3 ZR 116/1977). Nach Aufhebung der Beschlagnahme sind die Gegenstände grundsätzlich an den letzten Gewahrsamsinhaber herauszugeben (BGH 3 ZR 116/1977, Zf. 75 Abs. 2 RiStBV). Die Herausgabe ist Sache der Staatsanwaltschaft (Zf. 75 RiStBV). Die Transportkosten im Zuge der Beschlagnahme (jedenfalls für den Weg in die amtliche Verwahrung) trägt das Bundesland, deren Gericht oder Staatsanwaltschaft die Beschlagnahme der Leiche veranlasst hat, es sei denn, es ist landesgesetzlich ausdrücklich etwas anderes geregelt. Dient der Transport dem Zweck, die Leiche zur Klärung der Todesursache zu sichern, nimmt das Land ein objektiv eigenes Geschäft auf dem Gebiet der Strafrechtspflege wahr (vgl. OVG Berlin-Brandenburg, 12 N 12/2013).

Ein Transport von Leichen mit Rettungsmitteln ist grundsätzlich nicht zulässig.

Je nach landesgesetzlicher Regelung kommt ein solcher Transport zum einen nur in einem für diesen Transport geeigneten dicht verschlossenen Behältnis in Frage (z.B. NRW), zum anderen sind dafür besonders eingerichtete Fahrzeuge, also Leichenwagen zu verwenden (z.B. Sachsen-Anhalt). Danach wäre streng genommen auch der Weitertransport eines während der Fahrt verstorbenen Patienten unzulässig. Stellt man auf die Schutzrichtung der Landesregelungen ab (kein „offener“ Transport von Leichen im Straßenverkehr), wird man wohl zu dem Ergebnis kommen, dass der Weitertransport möglich sein muss. Immerhin ist die Belastung für die übrigen Straßenverkehrsteilnehmer ungleich größer, wenn die „Übergabe“ der Leiche vom Rettungsdienst auf den Bestatter mitten im laufenden Straßenverkehr stattfindet. Die Zulässigkeit des Weitertransports dürfte sich schon aus Gründen der Diskretion ergeben. Allerdings handelt es sich hierbei um ein seltenes Problem, da die Reanimation nur in den seltensten Fällen „unterwegs“ abgebrochen wird, sondern ihr Ende üblicherweise am Einsatzort oder in der Notaufnahme des Krankenhauses findet.

7.6 Leichenschau

Der Erlass von Gesetzen, die Bestattungs- und Friedhofsangelegenheiten regeln, ist gemäß Art. 70 Abs. 1 GG Sache der Länder. Die Landesbestattungsgesetze weisen zum Teil deutliche Unterschiede auf. So gilt beispielsweise in Schleswig-Holstein als Leiche „der Körper eines Menschen, bei dem sichere Todeszeichen bestehen oder der Tod auf andere Weise zuverlässig festgestellt wurde und bei dem der körperliche Zusammenhalt durch den Verwesungsprozess noch nicht vollständig aufgehoben ist.“ In Sachsen-Anhalt gilt zusätzlich auch das Skelett eines Menschen als Leiche.

Die Regelungen zu Durchführungspflicht, Veranlassung, Ort und Zeit der **Leichenschau** decken sich bundesweit aber überwiegend. Jeder niedergelassene Arzt ist – wenn verfügbar – für die Feststellung des Todes, des Todeszeitpunkts, der Todesart und der Todesursache eines Verstorbenen unverzüglich zur Durchführung der Leichenschau verpflichtet. Zur unverzüglichen Verständigung des Arztes verpflichtet sind Personen, in deren Beisein der Tote verstorben ist bzw. die den Toten aufgefunden haben (z.B. Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt) oder die Angehörigen des Toten (z.B. Nordrhein-Westfalen) oder die Personen, in deren Wohnung, Einrichtung oder auf deren Grundstück sich der Sterbefall ereignet hat (z.B. Baden-Württemberg).

In der Regel sind Notärzte von der Verpflichtung zur Durchführung der vollständigen Leichenschau befreit. Ihre Pflicht beschränkt sich auf die Ausstellung einer „**vorläufigen Todesbescheinigung**“.

Ein Notarzt, der keine vollständige Leichenschau durchführt, sollte die Angehörigen aber darauf hinweisen, dass sie hierfür einen anderen Arzt herbeizurufen verpflichtet sind. Unter Umständen kann sich aber auch für den Notarzt eine Pflicht zur Durchführung der vollständigen Leichenschau ergeben. In dem Fall, in dem kein Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung verfügbar ist, begründet sich z.B. gem. § 9 Abs. 3 BestG NRW eine Zuständigkeit der unteren Gesundheitsbehörde. Auf kommunaler Ebene kann wiederum geregelt sein, dass das Gesundheitsamt vom Notarzt vertreten wird. Wenn in einem solchen Fall der Notarzt die Leichenschau durchführt, muss jedoch

dauerhaft die Einsatzbereitschaft für einen Folgeeinsatz bestehen (nähere Darstellung des Themas bei Madea, Zf. 5.1).

Gegenstand der Leichenschau ist in der Regel die umfassende und sorgfältige Sichtung der unbekleideten Leiche. Im Anschluss ist die **Todesbescheinigung** auszufüllen und auszuhändigen. Diese besteht aus einem nichtvertraulichen (für das zuständige Standesamt bestimmten) und einem vertraulichen Teil (der an das zuständige Gesundheitsamt adressiert ist). Im nichtvertraulichen Teil sind die Angaben zur Identifikation der Leiche einschließlich der bisherigen Anschrift, des Zeitpunkts, der Art und des Orts des Todes und bei möglicher Gesundheitsgefährdung eines Warnhinweises enthalten. Im vertraulichen Teil finden sich insbesondere Angaben zur Todesfeststellung, zur Todesursache und zu den weiteren Umständen des Todes.

Verpflichtete, die nicht unverzüglich die Leichenschau veranlassen, sowie Ärzte, die die Leichenschau nicht unverzüglich oder nicht sorgfältig durchführen oder trotz Anzeichen einer nicht natürlichen Todesursache die Polizei oder die Staatsanwaltschaft nicht verständigen, begehen eine Ordnungswidrigkeit (z.B. § 19 Abs. 1 Zfn. 2 und 3 BestG NRW). Im Falle der nicht sorgfältig durchgeführten Leichenschau befreit sich der Arzt auch nicht mit dem ausdrücklichen Hinweis in der Todesbescheinigung, die Leichenschau nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt zu haben.

In der Praxis besteht häufig das Bedürfnis, das weitere Prozedere zu beschleunigen oder zu erleichtern. Nicht selten wird auf den die Leichenschau durchführenden Arzt dann „Druck von außen" ausgeübt, in der Todesbescheinigung eine „natürliche Todesursache" anzugeben, obwohl es Anzeichen einer nicht natürlichen Todesursache gibt. Dies kann für den Arzt zu einer Strafbarkeit wegen Falschbeurkundung im Amt (§ 348 StGB), wegen mittelbarer Falschbeurkundung (§ 271 StGB) und/oder wegen (versuchter) Strafvereitelung (§ 258 StGB) führen.



Wenn der Arzt Anzeichen für eine nicht natürliche Todesursache erkennt, sollte er dies unbedingt korrekt dokumentieren und sich nicht beeinflussen lassen.

Dies ist er dem Verstorbenen, der Rechtspflege und nicht zuletzt sich selbst schuldig.

7.7 Sektion

Rechtliche Maßgaben für die Durchführung der **Sektion** sind sowohl im Bundes- als auch im jeweiligen Landesrecht zu finden. Grundsätzlich kann zwischen drei Typen von Sektionen unterschieden werden (s. Tab. 11). Andere Fälle (z.B. die Sektion zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten gem. §§ 25, 26 IfSchG) sollen an dieser Stelle nicht näher betrachtet werden.

Die rechtsmedizinische Sektion wird vom Richter, in dessen Bezirk sich die Leiche befindet, oder (im Fall der Gefährdung des Untersuchungserfolgs bei Verzögerung) von der Staatsanwaltschaft angeordnet, § 87 Abs. 4 StPO. Die vorherige Zustimmung des Verstorbenen zu Lebzeiten oder nunmehr seiner Angehörigen ist nicht erforderlich, ein ausdrücklicher Widerspruch irrelevant. Es kommt allein auf die Erforderlichkeit der Sektion an. Erforderlich ist sie, wenn **fremdes Verschulden am Tod** in

Tab. 11 Typen von Sektionen

Rechtsmedizinische Sektion	Im Rahmen eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens ist zu klären, ob der Tod Folge einer Straftat gewesen ist oder ob die Leiche Hinweise darauf liefert, wie eine Straftat begangen worden ist bzw. wer der Täter gewesen sein könnte.
Klinische Sektion	Die Todesursache ist festzustellen mit dem Ziel, die Qualität der ursprünglichen Diagnose oder der darauf gefolgten Therapie zu bewerten.
Anatomische Sektion	Zur Ausbildung von Medizinstudenten wird der Körper eines Verstorbenen obduziert.

Betracht kommt und die Todesursache oder Todeszeit festgestellt werden muss (BVerfG, 2 BvR 1912/1993). Bloße Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod (§ 159 StPO) reichen demnach nicht aus. Die Sektion nehmen zwei Ärzte vor, die beide ununterbrochen anwesend sein müssen (§ 87 Abs. 2 StPO).

Zur klinischen und zur anatomischen Sektion finden sich Regelungen meist in den Bestattungsgesetzen der Länder. Hamburg und Berlin haben gesonderte Sektionsgesetze. In der Regel ist die ausdrückliche Zustimmung des Verstorbenen zu Lebzeiten erforderlich.

7.8 Organentnahme bei Unfallopfern

Zur Organentnahme beim toten Spender treffen §§ 3–7 des Transplantationsgesetzes die zentralen Regelungen. Das Transplantationsgesetz ist allerdings nicht (unmittelbar) einschlägig, wenn eine Gewebeentnahme nicht zum Zwecke der Übertragung auf einen anderen Menschen bestimmt ist, sondern reine Sektionshandlung ist (also z.B. der Rekonstruktion des Unfallhergangs dient). Toter im Sinne des § 3 Abs. 2 TPG ist, wessen Hirntod nach dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnis entsprechender Verfahrensregeln festgestellt ist. Diesen Stand hält die Bundesärztekammer in ihren Richtlinien fest, § 16 Abs. 1 Zf. 1 TPG.

Die Entnahme ist grundsätzlich nur zulässig, wenn der Spender zuvor eingewilligt hatte. Wenn er ausdrücklich widersprochen hatte, kommt die Entnahme nicht in Frage. Liegt keine ausdrückliche, schriftliche Einwilligung (bzw. kein Widerspruch) vor, kann unter den Voraussetzungen des § 4 TPG der nächste Angehörige des Verstorbenen befragt werden. Wenn auch diesem keine Entscheidung des Verstorbenen bekannt ist, kann die Entscheidung des Angehörigen selbst für den Verstorbenen eingeholt werden. Seine Zustimmung führt zur Zulässigkeit der Organentnahme (sog. **erweiterte Zustimmungslösung**). Es handelt sich hierbei nicht um seine eigene Entscheidung, sondern um eine Entscheidung auf Grundlage der dem Angehörigen bekannten Ansichten und Moralvorstellungen des Verstorbenen. Der Angehörige ist zu dieser Entscheidung nur befugt, wenn er innerhalb der letzten zwei Jahre Kontakt zum Verstorbenen hatte. Dies ist von dem Arzt zu erfragen der die Organentnahme durchführt. Gibt es mehrere Angehörige gleichen Ranges, so genügt zur Entscheidungsfindung die Einbindung nur eines Angehörigen. Der Widerspruch eines von mehreren Angehörigen des obersten Rangs genügt jedoch, die Organentnahme zu verhindern. Ist ein Angehöriger des obersten Rangs nicht in angemessener Zeit erreichbar, so kann die Entscheidung durch den zuerst erreichbaren nächsten Angehörigen getroffen werden.

Literatur

Fischer T (2012) Strafgesetzbuch. 59. Aufl. Beck, München

Madea B (2013) Die ärztliche Leichenschau. 3. Aufl. Springer, Berlin/Heidelberg

Meyer-Goßner L, Schmidt B (2012) Strafprozessordnung. 55. Aufl. Beck, München

Zur Vertiefung empfohlen

Hörnle T (2010) (Straf-)Rechtliche Aspekte der Sektion nach deutschem Recht. In: Tag B, Groß D (Hrsg.) Der Umgang mit der Leiche. Campus Verlag, Berlin/New York

Wainwright U (2012) Die Leichenschau – Fallstricke und Irrtümer. In: Der Allgemeinarzt 12: 38ff.



Ass. iur. Marc Nüßen

Studium der Rechtswissenschaft in Bochum. Rechtsreferendariat in Bochum und Speyer. Ab 2000 ehrenamtliche Tätigkeit als Rettungssanitäter. Seit 2005 nebenberuflich Dozent für „Rechtskunde im Rettungsdienst“, diverse juristisch-notfallmedizinische Veröffentlichungen (u.a. „www.recht-im-rettungsdienst.de“, Co-Autor „Notfallmedizin“ im Verlag akaMedica) und Vorträge (u.a. DKOU 2012).

8 Wahrung der Patienten-Selbstbestimmung in der Notfallmedizin durch vorausschauende Behandlungsplanung (Advance Care Planning)

Jürgen in der Schmitten, Stephan Rixen und Georg Marckmann

8.1 Einleitung

Fallbeispiel 1

Eine 83-jährige Frau, bisher Selbstversorgerin in eigener Wohnung, wird zur Abklärung von Durchfällen stationär eingewiesen. Dort zeigt sich in der Bildgebung ein vermutlich vom Eierstock ausgehender Tumor, der bereits an vielen Stellen in den Darm eingewachsen ist. Zur geweblichen Sicherung der Diagnose wird die Patientin operiert; die Diagnose wird intraoperativ bestätigt, die Operation ohne weiteren Eingriff beendet: Es handelt sich augenfällig um eine unheilbare Erkrankung, die nach ärztlichem Ermessen innerhalb weniger Wochen oder Monate zum Tode führen wird. Am Abend des Operationstages erleidet die Patientin auf der Intensivstation einen Herzstillstand. Sie wird reanimiert und überlebt. Eine Woche später erleidet sie einen Darmverschluss – sie wird erneut operiert, erhält einen künstlichen Darmausgang und überlebt. Eine Woche später wird sie erst auf die hauseigene Palliativstation, zwei Tage später ins nahegelegene Hospiz verlegt, wo sie tags darauf verstirbt.

Fallbeispiel 2

Ein 93-jähriger Mann lebt seit 15 Jahren im Altenheim. Durch mehrere Schlaganfälle ist er vollständig immobil und schwerst pflegebedürftig, zudem kann er nicht mehr sprechen. Seine Tochter besucht ihn täglich und steht auch neben seinem Bett, als er einen Herzstillstand erleidet. Sie alarmiert das Pflegepersonal, dieses das Rettungsteam, und der Sterbende wird Gegenstand eines 45 Minuten dauernden erfolglosen Reanimationsversuchs.

Fallbeispiel 3

Eine 78-jährige Frau lebt an der Seite ihres Mannes ein gesellschaftlich aktives, selbstbestimmtes Leben, bis sie einen schweren Schlaganfall erleidet, mit halbseitiger Lähmung sowie kompletter Schluck- und Sprachstörung. Der Notarzt wird gerufen, auf der Intensivstation (Stroke Unit) bestätigt sich ein ausgedehnter Hirninfarkt, eine Notfalltherapie (Lyse) ist nicht erfolgreich. In der Hoffnung auf eine zwar wenig wahrscheinliche, aber mögliche neurologische Verbesserung wird die Patientin zunächst durch Infusionen, später durch künstliche Ernährung über eine Magensonde am Leben erhalten. Doch die neurologische Frührehabilitation zeigt nicht die erhoffte Wirkung. Nach 6-wöchiger stationärer Therapie wird die nunmehr dauerhaft schwerstpflegebedürftige Patientin in ein Altenheim entlassen, wo sie bald wieder selbst schlucken kann und noch jahrelang bettlägerig lebt, ohne sich je wieder im herkömmlichen Sinne mitteilen oder fortbewegen zu können. Ihre Familie ist erschüttert und davon überzeugt: Das hätte unsere Ehefrau/Mutter/Schwester nie gewollt.

Diese Fallbeispiele stehen für unzählige andere – und niemand ermisst das Leid der betroffenen Patienten noch das der Angehörigen, die von solchen Erlebnissen oft für Jahre traumatisiert werden. Die ersten beiden Beispiele zeigen nur die – freilich besonders absurde – Spitze des Eisbergs, nämlich die Durchführung medizinisch unsinniger („nicht indizierter“) Behandlungen aufgrund von akutmedizinischen Handlungsroutinen, die nicht rechtzeitig hinterfragt wurden. Das dritte Beispiel deutet dagegen auf den noch um ein Vielfaches größeren (und komplexeren) Problemkreis, der sich öffnet, wenn man auch medizinisch Erfolg versprechende („indizierte“), aber von den Patienten angesichts gegebener Risiken nicht (mehr) gewollte Behandlungen betrachtet. Das Problem ist bekannt und wurde schon vor Jahren sehr treffend beschrieben (Salomon 2000).

Doch weder die in den letzten 20 Jahren erfolgte Etablierung der Palliativmedizin noch die seit über 40 Jahren propagierte und im Jahr 2009 gesetzlich gestärkte konventionelle Patientenverfügung scheinen dieser Fehlentwicklung etwas entgegensetzen zu können – namentlich nicht, trotz zunehmender Sensibilisierung für den Handlungsbedarf (Wiese et al. 2009b), im Bereich der Notfallmedizin: „Herkömmliche Patientenverfügungen sind für die End-of-life-Care in der Intensivmedizin wenig hilfreich, denn sie werden in der Regel ohne ausreichende Kenntnis der intensivmedizinischen Wirklichkeit erstellt“ (Hartog 2015). Im gleichen Beitrag wird darauf verwiesen, dass neben den unmittelbar Betroffenen und Angehörigen auch das betreuende ärztliche und pflegerische Personal schwer an dieser massiven Fehlentwicklung zu tragen hat. Aber darf es länger einfach hingenommen werden, dass alte, fragile und schwerkranke Menschen sowie zahlreiche mittelbar Betroffene in unserem Gesundheitssystem regelmäßig Opfer einer Fehlversorgung werden (von der Vergeudung solidarisch aufgebrachter Ressourcen nicht zu reden)? Und das, obwohl eine Lösung nach allem, was wir wissen, schon seit Jahren nur auf ihre – vermutlich sogar mindestens kostenneutrale (Klingler et al. 2015) – Umsetzung wartet?

Denn das im Folgenden skizzierte, in den vergangenen 20 Jahren entwickelte Konzept des Advance Care Planning (ACP) hält auch für die Notfallmedizin Mittel und Wege bereit, den Status quo ganz wesentlich zu verbessern. Voraussetzung für ein Verständnis dieses Potenzials ist die Bereitschaft, sich gedanklich von der in Deutschland seit Jahrzehnten zirkulär geführten Diskussion um die Patientenverfügung und ihren Problemen – gerade im Kontext der Notfallmedizin – zu lösen und sich auf etwas Neu-

es, auf eine *fundamental andere Herangehensweise* einzulassen, die in Kapitel 8.2 kurz vorgestellt wird. Danach wird kurz auf die gerade in diesem Bereich auch von Experten oft falsch verstandene Rechtslage eingegangen (s. Kap. 8.3). Kapitel 8.4 präsentiert das Konzept des Notfallbogens im Kontext eines regionalen ACP-Programms am Beispiel der Hausärztlichen Anordnung für den Notfall (HAnNo) aus dem Projekt *beizeiten begleiten*. Speziell Interessierte finden an anderer Stelle weitere Informationen (in der Schmitten et al. 2011a und b; Rixen 2015).

8.2 Vorausschauende Behandlungsplanung/Advance Care Planning: ein neues Konzept

Vorausschauende Behandlungsplanung/Advance Care Planning folgt dem Anspruch, dass der Einsatz medizinischer Behandlung grundsätzlich am Wohl des Patienten zu orientieren ist (Patienten-Zentrierung). Ob eine Behandlung aber zu seinem Wohl ist oder nicht, bestimmt wo immer möglich am besten der Patient selbst (Patientenautonomie). Um zu einer solchen Festlegung in der Lage, also zu einer autonomen Entscheidung *befähigt* (in der Schmitten 2014) zu sein, muss er die Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsoptionen (einschließlich der Option, nichts zu tun) überblicken und bewerten können; dazu bedarf es eines intensiven *Gesprächsprozesses* (Prinzip des „Einverständnis nach Aufklärung" oder informed consent). Folglich sollten Menschen Gelegenheit erhalten, mögliche künftige, mit Nicht-Einwilligungsfähigkeit einhergehende medizinische Krisensituationen vorab für sich durchzudenken und zu entscheiden, solange das noch möglich ist.

Vorausschauende Behandlungsplanung unterscheidet sich von der konventionellen Herangehensweise an Patientenverfügungen also grundlegend darin, dass sie den *Gesprächsprozess* zwischen dem Patienten, seinen Bevollmächtigten/Angehörigen (wo gewünscht und vorhanden) und einer dazu qualifizierten Gesundheitsfachperson in den Mittelpunkt stellt und somit dem bisher hier scheinbar außer Kraft gesetzten Prinzip des Informed Consent auch für den Bereich der Patientenverfügung prinzipiell Geltung verschafft. Die schriftliche Patientenverfügung wird zum Zwischenergebnis eines solchen Gesprächsprozesses, der im Laufe der Jahre – unter Berücksichtigung des Verlaufs etwaiger Erkrankungen des Individuums – regelmäßig oder bei Bedarf fortgeführt wird, ggf. mit entsprechender Anpassung der schriftlichen Verfügung. Der qualifizierte Gesprächsprozess führt somit zu verlässlichen *(validen)*, aber auch zu für viele typische klinische (auch notfallmedizinische) Situationen *aussagekräftigen* Vorausentscheidungen. Eine geeignete, entsprechend differenzierte Dokumentation bildet diese individuellen Festlegungen angemessen ab.

Solcherart entstandene, verlässliche und aussagekräftige Patientenverfügungen auf differenzierten, regional einheitlichen Formularen müssen regelmäßig allen Menschen einer Zielgruppe ermöglicht und stets wo nötig aktualisiert werden, sie müssen bei Bedarf zur Hand sein und dann auch von den gerade Handelnden respektiert werden. Um dies zu gewährleisten und um die dafür erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen zu schaffen, setzt vorausschauende Behandlungsplanung die *regionale Implementierung eines geeigneten strukturierten Systems* voraus, das an einer definierten Zielgruppe orientiert ist, z.B. allen Altenheimbewohnern wie beim Projekt *beizeiten begleiten* (in der Schmitten u. Marckmann 2015) oder auch, wie in La Crosse/

USA beim Projekt Respecting Choices (Hammes u. Briggs 2015), allen Senioren ab dem 60. Lebensjahr. Mit Blick auf die Ressourcen sei hier nur am Rande darauf hingewiesen, dass das sog. Hospiz- und Palliativgesetz, das im Herbst 2015 verabschiedet werden soll, im geplanten neuen § 132g SGB V daran interessierten Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit gibt, ein entsprechendes Angebot für ihre Bewohner mit Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren (Rixen 2015; Widmannn-Mauz 2015). Ein solches System der vorausschauenden Behandlungsplanung sollte folgende Elemente beinhalten, um funktionsfähig zu sein (ausführlich zu Advance Care Planning s. die Beiträge in Coors et al. 2015):

1. Aufsuchendes Gesprächsangebot
2. Qualifizierte Gesprächsbegleitung
3. Professionelle Dokumentation auf regional einheitlichen Formularen
4. Archivierung, Zugriff und Transfer von Vorausverfügungen
5. Aktualisierung/Fortführung des Gesprächsprozesses im Verlauf
6. Beachtung und Befolgung von Vorausverfügungen durch Dritte
7. Installierung eines Prozesses der kontinuierlichen Qualitätssicherung

8.3 Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen in der Rettungs- und Intensivmedizin

Fallbeispiel 4

Nach einer Fortbildungsveranstaltung des Erstautors für Rettungsdienstmitarbeiter zum Thema Vorausschauende Behandlungsplanung erhebt sich ein altgedienter Notarzt und äußert unter beifälligem Gemurmel des Auditoriums: „Also, das ist ja alles schön und gut, was hier gesagt wurde, Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und so. Aber ich kann den Teamkollegen nur empfehlen und werde selber weiter praktizieren: Wer zu einem Patienten mit Herzstillstand gerufen wird, der versucht zu reanimieren – egal, was in einer Patientenverfügung steht."

Fallbeispiel 5

Eine Verwandte des Erstautors erhält ein Hausnotrufsystem vom Deutschen Roten Kreuz (DRK). Sie hat eine Patientenverfügung und einen ärztlich unterschriebenen Notfallbogen, in dem ein Reanimationsversuch kategorisch abgelehnt wird. Darauf angesprochen äußert der verantwortliche DRK-Mitarbeiter (im Jahr 2015): „Das können Sie mir gerne zur Kenntnis geben, aber Sie sollten wissen, dass wir die Patientin immer reanimieren werden, wenn wir sie entsprechend vorfinden, ganz gleich, was sie verfügt hat. Dazu sind wir gesetzlich verpflichtet."

Die beiden Fallbeispiele stehen stellvertretend für ein historisch verständliches, heute aber problematisches Selbstverständnis vieler Mitarbeiter des Rettungsdienstes, das einer Lösung der eingangs geschilderten Missstände derzeit im Wege steht. Eine solche Haltung ist medizinethisch nicht akzeptabel, da sie rettungsdienst- anstatt patienten-zentriertes Denken offenbart, und sie ist mit der deutschen Gesetzeslage unvereinbar, sobald man nämlich das neue Konzept der vorausschauenden Behand-

lungsplanung im Kontext der geltenden Rechtslage analysiert. Im Folgenden werden einige wichtige rechtliche Fragen geklärt, die seit der Verabschiedung des sog. Patientenverfügungsgesetzes (PVG) immer noch für Unsicherheit sorgen.

8.3.1 (Not-)Ärztliche Befolgung von Patientenverfügungen in Ermangelung eines Vertreters

Grundsätzlich sind die in einer Patientenverfügung (PV) vorausverfügten Behandlungswünsche eines Patienten auch in einer medizinischen Notfallsituation zu respektieren. Allerdings sind Rettungsdienst-Einsätze bei akut gefährdeten, nicht-einwilligungsfähigen Patienten meist dadurch gekennzeichnet, dass

- der vom Gesetz vorgesehene Vertreter nicht verfügbar ist (oder unter Schock steht),
- unabhängig davon die verfügbare Zeit eine Erörterung und gemeinsame Entscheidungsfindung ohnehin nicht zulässt und
- der vom Gesetz vorgesehene dialogische Abwägungsprozess zwischen Arzt und Vertreter zur Interpretation einer PV (§ 1901b BGB) daher in der Regel situativ nicht oder allenfalls rudimentär möglich ist.

Für den Rettungsdienst ist daher von entscheidender Bedeutung, ob einer Patientenverfügung auch ohne aktive Beteiligung des Vertreters ärztlicherseits gefolgt werden darf, wenn darin – bezogen auf die konkret zu treffende Notfallentscheidung – eine eindeutige, nicht interpretationsbedürftige Festlegung erkennbar ist. Diese Frage ist im Gesetzestext nicht ausdrücklich beantwortet, in der anschließenden Fachdiskussion nach kurzer Irritation jedoch von maßgeblicher Seite unmissverständlich bejaht worden (vgl. Bundesärztekammer 2011; Wiese et al. 2009a sowie Kutzer 2010).

8.3.2 Anwendbarkeit von Patientenverfügungen auf die Notfallsituation

Selbst wenn Notärzte auch ohne Hinzuziehung eines Vertreters eindeutigen PVen formal folgen dürfen, verbleibt doch die praktische Schwierigkeit, innerhalb kürzester Zeit zu prüfen, ob die PV auf die vorliegende Situation zutrifft. Diese Schwierigkeit hat zwei Dimensionen:

- Zum einen ist es dem Rettungsdienst unter den Bedingungen einer Notfallsituation nicht zuzumuten, eine PV zu erfragen oder gar zu suchen sowie einen ausführlichen Verfügungstext auf der Suche nach einem situativ relevanten Passus zu studieren.
- Zum anderen lässt sich sagen, dass die in Deutschland bisher verbreiteten PVen in Notfallsituationen regelmäßig nicht anwendbar sind, da sie – wenn sie überhaupt konkret werden – meist Handlungsanweisungen an prognostische Einschätzungen knüpfen (**wenn** Zustand X mit Prognose Y, **dann** Handlung Z). In einer Notfallsituation sind jedoch weder die zur Prognoseeinschätzung nötigen Informationen noch die für die Interpretation eines solchen konditionierten Behandlungswunsches erforderliche Zeit und Ruhe verfügbar.

Um wirksam werden zu können, müssen PVen demzufolge (a) im Ernstfall vorliegen und (b) auf Anhieb klar ersichtliche, eindeutige Handlungsanweisungen beinhalten.

Gut sichtbar aufbewahrte oder – in Institutionen – vom Pflegepersonal bereitgehaltene Notfallbögen (s.u. Kap. 8.4) können beide Bedingungen erfüllen und sind dann auch für den Rettungsdienst verbindlich.

8.3.3 Validität: Kongruenz zwischen Patientenwille und -verfügung

Um Missverständnisse zu vermeiden, sei vorab klargestellt: PVen sind rechtlich unabhängig davon gültig, d.h. bindend für notfallmedizinisches Handeln, ob ihre Validität zum Zeitpunkt der Anwendung für die Handelnden nachvollziehbar ist (zum Beispiel durch eine Unterschrift des beratenden Arztes) oder nicht. Aus medizinethischer und ärztlicher Perspektive muss jedoch hinzugefügt werden: Das Instrument der Patientenverfügung steht und fällt mit ihrer Validität, d.h. mit der Übereinstimmung dessen, was geschrieben steht (genauer: was ihre Adressaten aus ihr herauslesen), mit der tatsächlichen Verfügungsabsicht des Betreffenden für den entsprechenden Fall zum Zeitpunkt der Abfassung der PV. Dies setzt in der Regel eine qualifizierte Gesprächsbegleitung bei der Erstellung einer PV voraus.

Der Gesetzgeber hat davon abgesehen, eine solche qualifizierte und auf der PV dann durch ärztliche Unterschrift dokumentierte Beratung zur Pflicht zu machen: PVen erlangen vielmehr durch die einfache Unterschrift des Betroffenen Gültigkeit und müssen de jure – solange keine Hinweise auf einen Widerruf oder auf Manipulation vorliegen – befolgt werden, häufig ohne dass die Möglichkeit besteht, ihre Validität zu überprüfen. Gerade für das ärztliche und nicht-ärztliche Personal des Rettungsdienstes kann es eine extreme psychische Belastung und im Grunde unlösbare Aufgabe darstellen, mit einer PV konfrontiert zu sein, die bei vital bedrohlicher Krise ein Eingreifen trotz guter Prognose nicht erlaubt, ohne dass über die bloße (und überdies vielleicht schon lange zurückliegende) Unterschrift des Betroffenen hinausgehende Hinweise dafür vorliegen, ob dies tatsächlich ist, was der Patient gemeint hatte. Dringlich wünschenswert, wenn auch rechtsformal nicht geboten, ist es daher, Patientenverfügungen und speziell Notfallbögen so abzufassen, dass für den Anwender auf einen Blick eine stattgehabte qualifizierte Gesprächsbegleitung erkennbar wird.

8.3.4 Notarzt, Notfallsanitäter (Rettungsassistent), Nachtwache … an wen richten sich Patientenverfügungen?

Der Adressat einer PV ist im PVG nicht ausreichend, jedenfalls nicht abschließend geregelt. Dort ist vielmehr nur vom „Arzt“ die Rede, dessen Stellung durch den Auftrag, die medizinische Indikation zu beurteilen und unter Berücksichtigung des verfügten oder mutmaßlichen Willens mit dem Vertreter zu diskutieren, zusätzlich bekräftigt wird. Dabei bleibt jedoch unberücksichtigt, dass es häufig nicht-ärztliches Personal ist, sowohl der Pflege (gerade in Institutionen wie Krankenhaus oder Altenheim) als auch des Rettungsdienstes, welches neben einer (Verdachts-)Diagnose auch die Indikation für die Einleitung mancher lebensrettender Behandlungsmaßnahmen zu stellen hat und ggf. vor dem Eintreffen des Arztes damit beginnen muss. Gerade die (Nicht-)Einwilligung in diese Maßnahmen, namentlich den Reanimationsversuch, ist jedoch fast regelmäßig Gegenstand von PVen.

Nun ist die gesetzliche Regelung des PVG *nicht abschließend* zu verstehen, d.h., sie thematisiert nicht erschöpfend alle mit der Ausübung der Patientenselbstbestimmung berührten Fragen. Im Gegenteil: Bei der Gesetzesentstehung war unbestritten, dass die allgemeinen verfassungsrechtlichen Legitimationsgrundlagen und ihre strafrechtliche Absicherung weiterhin unverändert gelten (vgl. Bundestags-Drucksache 16/8442, S. 7–9). Das bedeutet, dass jeder Mensch auch außerhalb einer Arzt-Patienten-Beziehung von Verfassungs wegen (Art. 2 Abs. 1 und Abs. 2 S. 1 GG) befugt bleibt, darüber zu entscheiden, ob jemand, z.B. ein Notfallsanitäter (früher: Rettungsassistent) oder eine Pflegekraft, auf seinen Gesundheitszustand einwirken darf oder nicht. Die Bindung *des Arztes* an den Willen des Patienten, die im PVG, insbesondere in § 1901a BGB, zum Ausdruck kommt, ist nur ein – wenn auch für das medizinische Geschehen sehr wichtiger – exemplarischer Fall autonomer Entscheidung des Einzelnen darüber, wer auf seinen Körper zugreifen und seinen Gesundheitszustand beeinflussen darf.

Aus dem Fehlen einer dies berücksichtigenden gesetzlichen Klarstellung darf nun nicht geschlossen werden, dass lebensrettende Maßnahmen von nicht-ärztlichem Personal unter Missachtung eindeutig anderslautender PVen, also wider besseres Wissen immer begonnen und bis zum Eintreffen des Arztes fortgesetzt werden müssten. Dass eine eindeutig zutreffende PV für den Arzt beachtlich ist, gilt daher der Sache nach – entgegen früheren anderslautenden Äußerungen aus der Rettungsmedizin (Wiese et al. 2011) – generell auch für nichtärztliches Personal, ohne dass dies im PVG geregelt wäre oder auch nur geregelt sein müsste (oder im Notfallsanitätergesetz- bzw. im früheren, inzwischen außer Kraft getretenen Rettungsassistentengesetz, auf das Wiese et al. [2011] sich berufen – wirksam abweichend geregelt sein könnte). Was verfassungsrechtlich u.a. im Verhältnis Patient/Notfallsanitäter (Rettungsassistent) garantiert ist, kann in Gesetzen, die unterhalb der Verfassung angesiedelt sind, nur klarstellend nachvollzogen werden, ohne dass es auf eine solche gesetzliche Klarstellung konstitutiv ankäme. Aus Gründen der Rechtssicherheit wäre es zwar zu begrüßen, wenn die Bindung von nicht-ärztlichem Personal an den vorausverfügten Patientenwillen durch eine gesetzliche Bestimmung explizit angeordnet würde. Das Notfallsanitätergesetz hebt zu Recht in einer nicht abschließenden Aufzählung eigenverantwortlich auszuführende Aufgaben des Notfallsanitäters hervor (vgl. § 4 Abs. 2 Nr. 1 Notfallsanitätergesetz), zu denen richtigerweise auch die Beachtung einer Patientenverfügung gehört. Allerdings ist eine solche wünschenswerte ausdrückliche gesetzliche Anordnung keine notwendige Voraussetzung für die allseitige rechtliche Bindungswirkung von Patientenverfügungen, weil diese Bindungswirkung bereits von Verfassungs wegen besteht.

Notfallsanitäter (Rettungsassistenten), die einer – soweit für sie erkennbar – korrekt ausgefüllten Hausärztlichen Anordnung für den Notfall (vgl. unten Kap. 8.4.3) folgend von einer Reanimation bei Herzstillstand absehen, handeln somit rechtmäßig. Würden sie sich hingegen über diese Verfügung hinwegsetzen und wider besseres Wissen dennoch eine Reanimation versuchen, müssten sie – nicht anders als Notärzte im gleichen Fall – damit rechnen, wegen Körperverletzung zur Rechenschaft gezogen zu werden.

8.4 Wirksame Vorausplanung in der Rettungs- und Intensivmedizin durch ärztliche Anordnungen für den Notfall (Notfallbögen)

8.4.1 Anforderungen an wirksame Vorausverfügungen in der Rettungs- und Intensivmedizin

Angesichts der typischen Besonderheiten der Rettungs- und Intensivmedizin – Zeitnot, Stress, Entscheidungen auf Leben und Tod, Ausfall der Angehörigen, Entscheidungsnot auch für nicht-ärztliches Personal – stellt sich die Frage, was geschehen muss, damit PVen auch in diesem Bereich die von ihnen erhoffte Wirkung entfalten können. Die Antwort liegt auf der Hand: Patientenverfügungen müssen dafür

1. aussagekräftig sein, d.h. typische rettungs- und intensivmedizinische Entscheidungssituationen antizipieren und entscheiden,
2. erkennbar valide sein, d.h. *für den Anwender nachvollziehbar* größtmögliche Sicherheit bieten, dass in der Verfügung festgelegte Therapiegrenzen, deren Beachtung häufig in kürzester Zeit einen sonst unter Umständen vermeidbaren Todeseintritt zur Folge haben, auch tatsächlich dem Willen des Betroffenen entsprechen, sowie
3. klar und eindeutig formuliert sein, d.h. sich in der intendierten Bedeutung dem Anwender auch unter Zeitdruck auf Anhieb und unmissverständlich erschließen.

8.4.2 Ärztliche Anordnungen für den Notfall

Die Idee einer ärztlichen Anordnung für den Notfall wurde in den 90er-Jahren in den USA entwickelt; dort sind die Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) vielerorts bundesstaatliche amtliche Formulare (vgl. www.post.org) und haben in empirischen Untersuchungen ihre Eignung bewiesen (Hammes et al. 2012; Hickman et al. 2011). Auch in Deutschland gibt es schon länger Bestrebungen in diese Richtung (Kretschmer 2002; Wiese et al. 2008; Gerth et al. 2011), die konzeptionell jedoch meist ausdrücklich auf palliativmedizinische Situationen beschränkt sind und sich (daher?) bisher nicht durchgesetzt haben.

Für Entscheidungen über lebensrettende Behandlungsmöglichkeiten, die in kürzester Zeit getroffen werden müssen, ohne dass zuvor eine diagnostische Aufarbeitung der Situation erfolgen kann (d.h. meist: ohne dass eine individuelle Prognose möglich ist), erfüllt die Ärztliche Anordnung für den Notfall die im vorigen Abschnitt (s. Kap. 8.4.1) genannten Bedingungen – sofern die Verwendung dieses Bogens, diese unverhandelbare Bedingung wird leicht übersehen, in einen qualifiziert begleiteten Gesprächsprozess eingebettet ist:

- Die **Aussagekraft** der Notfall-Verfügung entsteht dadurch, dass der qualifizierte Gesprächsbegleiter den Betroffenen dabei unterstützt, notfall- und intensivmedizinische Szenarien sowie dabei potenziell zum Einsatz kommende Therapieoptionen zu verstehen und vor dem Hintergrund der individuell gegebenen Therapieziele zu entscheiden – und dass das Formular die Möglichkeit bietet, differenzierte Entscheidungen entsprechend abzubilden.
- Der gleiche Prozess gewährleistet auch die **Validität**, welche für den Anwender dadurch **nachvollziehbar** wird, dass neben dem Betroffenen auch der qua-

lifizierte Gesprächsbegleiter und der den Gesprächsprozess begleitende Arzt die Formulare unterschreibt und damit attestiert, dass der Betroffene zu diesem Zeitpunkt einwilligungsfähig ist und die Implikationen seiner Festlegungen verstanden hat.

- Das Dokument eines regional einheitlichen, separat von der ausführlichen Vorausverfügung erstellten und als ärztliche Anordnung konzipierten **Notfallbogens** schließlich gibt auf einen Blick eine klare Auskunft darüber, ob in einer vital gefährdenden Krise mit dem Ziel der Lebensverlängerung behandelt werden soll und wenn ja mit welchen Mitteln.

Der Notfallbogen dokumentiert in weitestmöglicher Vereinfachung die gewünschten Behandlungsgrenzen für den Fall einer Krise, die sich aus dem aktuellen Zustand des Betroffenen heraus entwickelt. Der Notfallbogen gilt also nur für *ein* Szenario, nämlich das künftige Auftreten einer Krise im zum Zeitpunkt der Unterschrift gegebenen Ausgangszustand. Daraus folgt, dass nachhaltige chronische Veränderungen des Allgemeinzustands eine Überprüfung und ggf. Anpassung des Notfallbogens nach sich ziehen müssen.

Der Notfallbogen gibt dem Arzt zunächst die Möglichkeit, in Absprache mit dem Patienten oder seinem Vertreter Behandlungsoptionen auszuschließen, die medizinisch nicht mehr indiziert (weil für das gegebene Behandlungsziel nicht mehr erfolgversprechend) sind. Bei chronisch multi-morbiden, immobilen und schwerst pflegebedürftigen Menschen gilt dies zum Beispiel für einen Reanimationsversuch im Fall eines Herzstillstands (Hayes 2013).

Darüber hinaus berücksichtigt der Arzt in seiner Anordnung die vom Patienten (bzw. vom Vertreter im Namen des Patienten) festgelegten, individuell gewünschten Behandlungsgrenzen, die im Notfall gelten sollen. Die Erfahrung zeigt, dass die allermeisten Menschen im berufstätigen Alter im Notfall keine Einschränkung einer medizinisch indizierten, lebensrettenden Notfalltherapie wünschen; bei diesen mobilen Menschen hätte der Notfallbogen meist auch praktisch geringe Bedeutung, da er im Bedarfsfall nicht ohne weiteres zur Hand wäre. Im Renten- und höheren Alter zeigt die Erfahrung dagegen, dass die Einschränkung der Teilhabemöglichkeit mit den Grenzen lebensverlängernder Therapie korreliert, jedoch keineswegs ausnahmslos: Nicht wenige rüstige, mobile ältere Menschen schließen einen Reanimationsversuch bei Herzstillstand (sowie manchmal sogar weniger schwerwiegende Interventionen) aus, und umgekehrt gibt es hochbetagte, funktionell erheblich eingeschränkte Menschen, welche wünschen, dass ungeachtet schwindender Erfolgsaussichten alle Möglichkeiten der modernen Akutmedizin ausgeschöpft werden. Vorausschauende Behandlungsplanung ist mit einer sog. *Reichweitenbeschränkung* von PVen nicht vereinbar (vgl. Rixen 2015; in der Schmitten u. Marckmann 2013); der Notfallbogen ist ein wichtiges Instrument, um medizinisch indizierte, aber individuell nicht mehr gewünschte Behandlungsmaßnahmen wirksam abzulehnen.

Der Notfallbogen wird durch die Unterschrift des Betroffenen (bzw. Angehörigen) zu einer rechtsverbindlichen Patientenverfügung (bzw. Festlegung des Vertreters) im Sinne des PVG. Die zusätzliche Unterschrift des behandelnden Arztes attestiert für die in der Krisensituation handelnde Fachperson Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen seitens des Patienten, somit die Validität der Verfügung.

Um Missverständnisse und Fehlinterpretationen durch die Anwender zu vermeiden, die sich trotz gemeinsamer Kriterien aus unterschiedlichen Formularen (mit unterschiedlichen Reihenfolgen, Optionen, sprachlichen und graphischen Konstruktionen etc.) ergeben können, empfehlen sich dringend regional einheitliche Formulare für PVen und insbesondere für Ärztliche Anordnungen für den Notfall.

8.4.3 Die Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo®) im Projekt *beizeiten begleiten*®

Ein solcher für die einheitliche regionale Verwendung konzipierter Notfallbogen ist die Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo, s. Abb. 6), die für das Modellprojekt *beizeiten begleiten* (in der Schmitten u. Marckmann 2015; vgl. auch www.beizeitenbegleiten.de) entwickelt worden ist. Sie entsteht grundsätzlich am Ende eines mehrzeitigen und im Mittel mindestens einstündigen (sic!) Gesprächsprozesses, der durch einen *beizeiten begleiten*-zertifizierten Gesprächsbegleiter moderiert wurde und an dessen Abschluss in der Regel der Hausarzt prüfend und ggf. ergänzend oder revidierend beteiligt war; beide unterschreiben die HAnNo neben dem Patienten und/oder dessen Vertreter. Das Ankreuzen einer Behandlungsoption auf der HAnNo repräsentiert also eine im Voraus für einen hypothetischen Fall ausgesprochene (Nicht-) Einwilligung, die dem Standard des Informed Consent so nahe kommt wie möglich. Anwender in Pflege, Rettungsdienst und Krankenhaus einer Region, in der *beizeiten begleiten* etabliert ist, können sich auf diesen zertifizierten Gesprächs-Qualitätsstandard der Entstehung einer HAnNo (und der dazugehörigen PV) verlassen. Darüber hinaus ist dieses Personal im Rahmen der Implementierung von *beizeiten begleiten* darin geschult worden, das Formular HAnNo einheitlich zu verstehen, adäquat zu archivieren, bei Patienten-Transfers mitzugeben und, last but not least, zu befolgen.

Daher wird (vom Schutz der Wort-Bild-Marke einmal abgesehen) an dieser Stelle auch ausdrücklich davor gewarnt, Nachahmungen des abgebildeten Muster-Formulars ohne eine solche systematische regionale Implementierung eines Advance Care Planning Programms zu verwenden, da andernfalls mit Missverständnissen und Fehlern gerechnet werden muss, die unabsehbare, deletäre Folgen haben können.

Die HAnNo kommt (wie jede PV) nur zur Anwendung, wenn der Betroffene aktuell nicht selbst entscheiden kann, und sie regelt explizit nur das notfallmäßige Vorgehen im Fall einer lebensbedrohlichen Krise. Für weniger zeitkritische Entscheidungen sind die ausführliche PV und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigter bzw. Betreuer) heranzuziehen. Aus diesem Grund wird in der HAnNo – anders als in den POLST-Formularen mehrerer US-Staaten – u.a. weder die Frage einer PEG-Sonde noch die der Gabe von Antibiotika behandelt.

Der Optionsteil der HAnNo zeichnet sich in formaler Hinsicht dadurch aus, dass (anders als in den gängigen US-POLST-Formularen) nur genau *ein* (1) Kreuz gesetzt werden kann; dadurch werden auf POLST- und manchen deutschen Notfallbögen mögliche, aber klinisch unsinnige Kombinationen (z.B. Reanimation ja, aber Krankenhauseinweisung nein) ausgeschlossen. Inhaltlich gibt es drei Kategorien (A, B und C), die am Therapieziel und, im Fall von (B), darüber hinaus an den Belastungen und Risiken von klinisch relevanten Behandlungsoptionen orientiert sind; das farbliche Ampelschema (grün-rot, auf der schwarz-weißen Abbildung nicht erkennbar) erleichtert visuell das Verständnis:

Hausärztliche Anordnung für den Notfall HAnNo®

beizeiten **begleiten®**

Name: ______________________

Vorname: ______________________

geboren am: ______________________

Modellprojekt

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

Lebensverlängernde Therapie ohne Einschränkungen (A):

◯ **A** — **Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung**

Lebensverlängernde Therapie, aber mit folgenden Einschränkungen (B0 bis B3):

◯ **B0** — **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**

◯ **B1** — Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, **keine invasive (Tubus-) Beatmung**

◯ **B2** — Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, **keine Behandlung auf Intensivstation**

◯ **B3** — Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine Behandlung auf Intensivstation, **keine Mitnahme ins Krankenhaus** (aber ambulante Therapie)

Keine Therapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung, auch nicht ambulant (C):

◯ **C** — **Ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen**

den ___ . ___ . 20___

„Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen dieser Entscheidung."

✘
Unterschrift und Stempel des zertifizierten **Hausarztes**

„Diese HAnNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens."

den ___ . ___ . 20___

✘
Unterschrift des **Betroffenen** *(bei Einwilligungsfähigkeit)*

„Diese HAnNo gibt den (mutmaßlichen) Behandlungswillen des Betroffenen angemessen wieder."

✘
Unterschrift und NAME des **Vertreters**/Angehörigen

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet."

✘
Unterschrift und NAME des zertifizierten ***Begleiters***

Diese **HAnNo** ist der **notfallmedizinisch relevante Teil** der Patientenverfügung / Vertreterverfügung *(Nichtzutreffendes streichen)* vom ___ . ___ . 20___, der ein qualifizierter Beratungsprozess gemäß *beizeiten begleiten*-Standard zugrundeliegt. Die vorliegende HAnNo reflektiert den (mutmaßlichen) Willen des Bewohners und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, **sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen** ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. *Weitere Hinweise zur HAnNo siehe Rückseite.*

Vers. 2014-05 © 2011

Abb. 6 Vorderseite des Notfallbogens Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HAnNo®)

- Option A entspricht dem uneingeschränkten Einsatz aller medizinisch vertretbaren Mittel zur Erreichung des Therapieziels der Lebensverlängerung und damit dem gängigen akutmedizinischen Standard, der grundsätzlich auch dann zur Anwendung kommt, wenn keine Vorausverfügung vorliegt.

- Option B bejaht ebenfalls die Orientierung am Therapieziel der Lebensverlängerung, jedoch „nicht um jeden Preis“; vielmehr besteht die Möglichkeit, vier klinisch besonders relevante Behandlungen *kumulativ* auszuschließen, die durch spezielle, im Voraus gut zu würdigende Risiken bzw. qualitative Prognosesprünge gekennzeichnet sind:
  - die kardiopulmonale Reanimation (B0),
  - *zusätzlich* die Tubusbeatmung (mit einer im Unterschied zur von diesem Ausschluss nicht berührten nicht-invasiven Beatmung deutlich schlechteren Prognose – B1),
  - *zusätzlich* die Behandlung auf Intensivstation (B2) sowie
  - *zusätzlich* jegliche stationäre Einweisung mit dem Ziel der Lebensverlängerung (B3).
- Option C unterscheidet sich grundsätzlich von den beiden vorgenannten Optionen, indem das Therapieziel der Lebensverlängerung explizit verneint wird. Die Auswahl dieser Option kann Ausdruck davon sein, dass der Versuch einer Lebensverlängerung in diesem Fall medizinisch unsinnig wäre, oder auch davon, dass Lebensverlängerung zwar medizinisch als aussichtsreich gelten dürfte, aber vom Patienten nicht mehr gewünscht wird.

Die regionale Implementierung eines ACP-Programms wie *beizeiten begleiten* bedeutet einen tiefgreifenden Eingriff in die medizinische Versorgungskultur („cultural change“), der über kurz oder lang unweigerlich Anregungen und Veränderungen in benachbarten Bereichen nach sich ziehen wird. Hier ist in erster Linie an Strukturen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung zu denken, denn die bisherige Praxis der stationären Einweisung mancher schwerkranker Menschen kann auch unter dem Aspekt eines strukturellen Defizits in diesem Bereich betrachtet werden. Zu den hierdurch aufgeworfenen Fragen zählen neben der Erreichbarkeit von Hausärzten außerhalb der Sprechstunde und der Qualifikation sowie fallbezogenen Informiertheit von Bereitschaftsärzten nicht zuletzt ein palliativmedizinisches Konzept für den Rettungsdienst, wie es bereits Gegenstand aktueller Forschung ist (Wiese et al. 2011), sowie dessen Würdigung im Rahmen der bisher meist einseitig auf das Therapieziel der Lebensrettung fokussierten Rettungsdienstgesetze der Länder.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass auch die HAnNo nicht jeden (konstruierten) Anwendungsfall vollständig abdeckt – das ist auch nicht der Anspruch. Zudem lehrt die Erfahrung, dass selbst dieser vermeintlich eindeutig gestaltete Bogen nicht „selbsterklärend“ ist, sondern regional eingeführt und allen Beteiligten vorab bekannt gemacht werden muss, wenn ein reibungsloser Ablauf gewährleistet werden soll. Ein Notfallbogen kann folglich nur so gut bzw. erfolgreich sein wie die regionale Implementierung des Advance Care Planning Programms, dessen Teil er ist, und das bedeutet: wie die Schulung und Mitwirkung aller beteiligten Akteure, insbesondere der Gesprächsbegleiter und in der Folge der von ihnen moderierte Gesprächsprozess. Auch lässt das Formular, das naturgemäß einen Mittelweg zwischen Prägnanz und Vollständigkeit zu suchen hat, manche Lücken, für deren Diskussion hier kein Raum gegeben ist; exemplarisch sei an dieser Stelle das hoch sensible, in der Literatur zu Patientenverfügungen praktisch noch nicht berührte Thema einer iatrogenen Komplikation genannt, deren notfallmäßige Behebung mit der Festlegung in der HAnNo (oder allgemeiner: in der PV) zu konfligieren scheint. Auch liegt auf der Hand, dass für die einvernehmliche Durchführung elektiver Eingriffe wie Herz-

katheter oder Cholezystektomie gesonderte Absprachen für die Notfallbehandlung in der peri-interventionellen bzw. -operativen Phase getroffen werden müssen. Grundsätzlich gilt: Patienten haben ein Recht darauf, die Grenzen ihrer Behandlungen selbst zu bestimmen – auch für den Fall künftiger gesundheitlicher Krisen. Extremfälle oder spezielle Situationen können Anreiz sein, bestehende Regelungen zu verbessern und Lücken zu schließen, dürfen jedoch nicht dazu missbraucht werden, praktikable Regelungen zu verhindern, mit denen die Beachtung des Patientenwillens im Regelfall sehr viel besser als bisher ermöglicht werden können.

8.5 Fazit

Patientenverfügungen sind auch in der Rettungs- und Intensivmedizin für alle Beteiligten verbindlich und jedenfalls dann relevant, wenn sie eine konkrete, auf die Situation zutreffende Behandlungspräferenz formulieren. Dringlich wünschenswert ist, dass solchen Verfügungen regelmäßig ein qualifizierter Gesprächsprozess zugrundeliegt und durch ärztliche Unterschrift für den Anwendbar nachvollziehbar dokumentiert ist. Internationale Erfahrungen und erste Ansätze in Deutschland zeigen, dass regionale Projekte vorausschauender Behandlungsplanung realisierbar sind und unter anderem ärztlich mitverantwortete Notfallbögen ermöglichen, welche die für Krisensituationen gebotenen Anforderungen an Eindeutigkeit, Aussagekraft und Verlässlichkeit erfüllen. Es liegt in der Hand der regionalen Akteure des Gesundheitswesens, durch Einführung solcher regionaler Projekte Voraussetzungen für eine wirksame vorausschauende Behandlungsplanung zu schaffen, die sich auch im Krisenfall bewährt – und dazu führt, dass auch im Bereich der Notfallmedizin Patientenzentrierung zur Regel und Fallbeispiele wie eingangs geschildert zur Ausnahme werden.

Dieser Beitrag basiert auf folgender Publikation derselben Autoren (Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Kohlhammer Verlags):

Vorausplanung in der Notfall- und Intensivmedizin. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J (Hrsg.): Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer Verlag 2015, S. 288–301.

Literatur

Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 108(7): A-346/B-278/C-278

Coors M, Jox R, in der Schmitten J (Hrsg.) (2015) Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer: Stuttgart

Gerth MA, Mohr M, Paul N, Werner C (2011) Präklinische Notfall-Patientenverfügung – eine Evaluation aus der Sicht des Hausarztes. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 87: 5

Hammes B, Briggs L (2015) Das „Respecting Choices“ Advance-Care-Planning-Programm in den USA: ein nachgewiesener Erfolg. In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J (Hrsg.) Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer: Stuttgart, S. 181–195

Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD, Hickman SE, Hager N (2012) The POLST program: a retrospective review of the demographics of use and outcomes in one community where advance directives are prevalent. J Palliat Med 15(1): 77–85

Hartog CS (2015) Grenzen der Vorausverfügung in der Intensivmedizin. In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J (Hrsg.) Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer: Stuttgart, S. 52–61

Hayes B (2013) Clinical model for ethical cardiopulmonary resuscitation decision-making. Internal Medicine Journal 43(1): 77–83

Hickman SE, Nelson CA, Moss AH, Tolle SW, Perrin NA, Hammes BJ (2011) The consistency between treatments provided to nursing facility residents and orders on the physician orders for life-sustaining treatment form. J Am Geriatr Soc 59(11): 2091–9

in der Schmitten J (2014) Autonomie gewähren genügt nicht – Patienten-Selbstbestimmung bedarf aktiver Förderung durch Ärzte. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 90(6): 246–250

in der Schmitten J, Marckmann G (2013) Sackgasse Patientenverfügung. Neue Wege mit Advance Care Planning am Beispiel beizeiten begleiten®. [Traditional advance directives – a dead end. Walking new ways with the advance care planning program beizeiten begleiten®]. Zeitschrift für Medizinische Ethik 59: 229–243

in der Schmitten J, Marckmann G (2015) Das Pilotmodell beizeiten begleiten. In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J (Hrsg.) Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer: Stuttgart, S. 234–257

in der Schmitten J, Rixen S, Marckmann G (2011a) Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 1). Geklärte und offene Fragen nach Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes. Notfall Rettungsmed 14(6): 448–458

in der Schmitten J, Rothärmel S, Rixen S, Mortsiefer A, Marckmann G (2011b) Patientenverfügung im Rettungsdienst (Teil 2). Neue Perspektiven durch Advance Care Planning und die Hausärztliche Anordnung für den Notfall. Notfall Rettungsmed 14(6): 465–474

Klingler C, in der Schmitten J, Marckmann G (2015) Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations. Palliat Med, 2015. I–II. (in print)

Kretschmer B (2002) Der „rote Umschlag“ für den Notarzt. Möglichkeiten und Chancen eines Notfallbogens als komprimierter Patientenverfügung im Rettungseinsatz. In: May AT, Geißendörfer SE, Simon A, Strätling M (Hrsg.) Passive Sterbehilfe: Besteht gesetzlicher Regelungsbedarf? Lit Verlag: Münster, S. 141–172

Kutzer K (2010) Ärztliche Pflicht zur Lebenserhaltung unter besonderer Berücksichtigung des neuen Patientenverfügungsgesetzes. MedR 28: 531–533

Rixen S (2015) Rechtliche Aspekte der vorausschauenden Behandlungsplanung (Advance Care Planning). In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J (Hrsg.) Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer: Stuttgart, S. 164–180

Salomon F (2000) Entscheidungskonflikte am Notfallort. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 35(5): 319–325

Widmannn-Mauz A (2015) Geleitwort. In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J (Hrsg.) Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer: Stuttgart, S. 9–10

Wiese CHR, Bartels U, Geyer A, Duttge G, Graf BM, Hanekop GG (2008) Göttinger Palliativkrisenbogen: Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung von ambulanten Palliativpatienten. „Die Gelbe Karte für den Rettungsdienst“. Dtsch Med Wochenschr 33(18): 972–976

Wiese CHR, Duttge G, Weber AK, Zausig YA, Ruppert D, Hanekop GG, Graf BM (2009a) Notfallmedizinische Betreuung von Palliativpatienten am Lebensende. Juristische Beurteilung notfallmedizinischer Handlungsweisen – retrospektive Fallbetrachtung zur medizinischen Indikation und zum Patientenwillen. Anaesthesist 58: 1097–1106

Wiese CHR, Ittner KP, Graf BM, Lassen CK (2011) Palliative Notfälle – Definition, Besonderheiten und therapeutische Entscheidungen. Der Notarzt 27(5): 223–226

Wiese CHR, Vagts DA, Kampa U, Pfeiffer G, Grom I-U, Gerth MA, Graf BM, Zausig YA, Expertengruppe Palliativ- und Notfallmedizin Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden (2009b) Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen. Anaesthesist 60: 10



Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitten, MPH

Studium der Humanmedizin in Tübingen, Belfast und Boston (1985–1994), Promotion (Die Entscheidung zur Herz-Lungen-Wiederbelebung) 1997. Master of Public Health (2005). Arzt für Allgemeinmedizin (2004), Zusatztitel Psychotherapie (2009) und Palliativmedizin (2011). Niedergelassen in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis seit 2006. Seit 2005 wissenschaftliche Tätigkeit am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, seit 11/2014 ebendort Universitätsprofessur für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Lehre und Lehrforschung. Koordinator des BMBF-geförderten Advance Care Planning Projekts RESPEKT/‚beizeiten begleiten' (2008–2011). Vorstandsmitglied der International Society of Advance Care Planning and End-of-Life Care (ACPEL) seit ihrer Gründung (2010), Scientific Chair und Conference Co-Chair der 5. Internationalen ACPEL Konferenz in München (09.–12.09.2015).



Prof. Dr. iur. Stephan Rixen

Nach Jura-Studium in Tübingen und Löwen sowie Promotion in Gießen zunächst Rechtsanwalt in Berlin, dort u.a. mit der Rechtsvertretung von Krankenhäusern aller Versorgungsstufen befasst. Ab 2001 Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Staatsrecht und an der Forschungsstelle für das Recht des Gesundheitswesens der Universität zu Köln, dort auch Habilitation (Lehrbefugnis für Staats- und Verwaltungsrecht, deutsches und europäisches Sozialrecht sowie öffentliches Wirtschaftsrecht). Von 2007 bis 2010 Inhaber des Lehrstuhls für das Recht sozialer Dienstleistungen und Einrichtungen an der Universität Kassel. Seit 2010 Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht (Lehrstuhl für Öffentliches Recht I) an der Universität Bayreuth. Einen Forschungsschwerpunkt bildet das Gesundheitsrecht, insbesondere die Regulierung und Reform von Versorgungsstrukturen.

U.a. Mitglied des Fachbeirats (Scientific Advisory Board) des Max-Planck-Instituts für Sozialrecht und Sozialpolitik, München, des Beirats des Forschungsprojekts „Innovative Netzwerke für Dienstleistungen und Gesundheit in Regionen von morgen – INDiGeR" (Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation, Stuttgart), des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) eingesetzten Gremiums „Ombudsman für die Wissenschaft" sowie der Sachverständigenkommission für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung.



Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH

Studium der Medizin und Philosophie an der Universität Tübingen, Public-Health Studium an der Harvard Universität in Boston/USA. 1992–1995 Stipendiat im DFG-Graduiertenkolleg „Ethik in den Wissenschaften" in Tübingen. 1997 Promotion zum Dr. med. mit einer neurowissenschaftlichen Arbeit. Von 1998–2010 zunächst wissenschaftlicher Assistent, nach der Habilitation für das Fach „Ethik in der Medizin" im Jahr 2003 Oberassistent und stellvertretender Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen. Seit 2010 W3-Professor für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Leiter des gleichnamigen Instituts. Seit 2012 Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin.

9 Der alte Patient in der Notaufnahme – Entscheidungen am Lebensende

Stefan Trzeczak

9.1 Einführung

Über 50% der Patienten in der Akutmedizin oder in der Notaufnahme sind betagte, multimorbide Patienten (Hien et al. 2013, S. V). Die mittlere Lebenserwartung für Frauen und Männer in Europa und damit der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtpopulation sind in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen (Schreiber 2014). Ursächlich für den demografischen Wandel sind die anhaltend niedrige Geburtenhäufigkeit sowie der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung. Zuwanderungsprozesse haben den Alterungsprozess der Gesellschaft „nur abbremsen, aber nicht aufhalten“ können (Bäcker et al. 2010).

Es wird ein „dreifaches Altern der Gesellschaft“ unterschieden: Die Zunahme der *absoluten Zahl* älterer Menschen, der wachsende *Anteil* älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung (durch die „geburtenschwachen Jahrgänge“) sowie der starke *Anstieg der sehr alten Menschen* im Alter von 80 Jahren und mehr (durch die Zunahme der Lebenserwartung).

Dabei hat sich *die Zahl* der 60 Jahre alten und älteren Menschen in Deutschland von 16,3 Mio. 1990 über 18,4 Mio. im Jahr 2000 bis 20,568 Mio. im Jahr 2006 entwickelt, *der Anteil* der 60-jährigen und älteren Menschen stieg von 20,4% 1990 über 22,4% 2000 bis 25,0% 2006, die *Anzahl* der 80-jährigen und älteren Menschen stieg von 3,011 Mio. 1990 auf 3,77 Mio. 2006, das bedeutet einen Bevölkerungs*anteil* von 3,8% 1990 und 4,5% 2006 (s. Tab. 12).

Tab. 12 Entwicklung von Anzahl und Anteil der über 60-Jährigen und über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland (nach Bäcker et al. 2010)

Jahr	Anzahl > 60 J.	Bev.-Anteil > 60 J.	Anzahl > 80 J.	Bev.-Anteil > 80 J.
1990	16,3 Mio.	20,4%	3,011 Mio.	3,8%
2000	18,4 Mio.	22,4%	–	–
2006	20,568 Mio.	25,0%	3,77 Mio.	4,5%

Prognostisch müssen wir mit einem *Rückgang* der Gesamtbevölkerung in Deutschland (von 82,3 Mio. 2006 auf 79,8 Mio. 2030 und 74 Mio. 2050) sowie mit einem *steigenden Anteil* der über 60-Jährigen auf 35,8% 2030 und 38,8% 2050 sowie der über 80-Jährigen von 3,9% 2006 auf 10,7% 2050 rechnen (s. Tab. 13, Bäcker et al. 2010).

Tab. 13 Prognose der Entwicklung von Gesamtbevölkerung und Anteil der über 60-Jährigen und über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland (nach Bäcker et al. 2010)

Jahr	Gesamtbevölkerung	Bev.-Anteil > 60 J.	Bev.-Anteil > 80 J.
2006	82,3 Mio.	25,0%	3,9%
2030	79,8 Mio.	35,8%	–
2050	74 Mio.	38,8%	10,7%

Dabei zeigt sich auch ein *Strukturwandel des Alters*: Die Lebensphase, in der jemand als „alt" bzw. „älter" angesprochen wird, verlängert sich, da sie meist die Zeit vom Berufsausstieg bis zum Ableben bezeichnet. Dies führt innerhalb dieser Lebensphase noch zu weiteren Unterscheidungen, z.B. zwischen „jungen Alten", „mittleren Alten" und „Hochaltrigen". Während die „jungen Alten" und die „mittleren Alten" häufig noch sehr aktiv sind (was man bei der Planung einer Behandlung berücksichtigen muss), kommen bei den „Hochaltrigen" häufig Multimorbidität und geriatrische Syndrome zum Tragen. Weiterhin ist auffällig, dass das Bild der älteren Bevölkerung heutzutage hauptsächlich von Frauen geprägt wird – bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen und die höhere Mortalität der Männer während des Zweiten Weltkrieges. Ein zusätzliches Merkmal ist, dass die Menschen in höherem Alter vermehrt allein leben. Und schließlich ist ein besonderes Merkmal die Hochaltrigkeit, d.h. ein Alter von 80 Jahren und älter. Das heißt aber nicht, dass wir es bei steigender Zahl älterer Menschen automatisch mit mehr kranken Menschen zu tun haben: Untersuchungen in Österreich, die sich aber problemlos auf andere westliche mitteleuropäische Länder übertragen lassen, haben gezeigt, dass die Lebenserwartung bei guter Gesundheit überwiegt (Klotz 2013). Der Terminus „gute Gesundheit" ist aber ein bei Befragungen subjektiv erhobener Parameter – der Autor führt weiter aus, dass *die Lebenserwartung ohne merkbare funktionale Beeinträchtigung* zwar 2003 bis 2011 bei Männern um 2,9 Jahre und bei Frauen um 1,7 Jahre *stieg*, aber dass die *Lebenserwartung ohne chronische Erkrankung* im gleichen Zeitraum bei Männern um 0,8 Jahre und bei Frauen um 3 Jahre *zurückging*. Das heißt, dass die Menschen zwar *älter werden*, aber im Laufes des Lebens *häufiger an chronischen Erkrankungen leiden* (die sie aber offensichtlich *wenig im Alltag beeinträchtigen* – trotzdem haben wir dies bei unse-

rem Kontakt mit diesen Menschen, wenn sie uns als Patienten aufsuchen, zu berücksichtigen). US-amerikanische Untersuchungen haben gezeigt, dass „durch die besseren medizinischen Behandlungsmethoden zwar die krankheitsbezogene Mortalität sinkt und damit auch die Lebenserwartung steigt, dies aber mit einer zunehmenden Zahl an multimorbiden Menschen einhergeht“ (Köller 2014).

Ältere Menschen suchen zunehmend häufiger die Notaufnahmen auf, auch ohne eine klassische „Notfallindikation“ (Lowthian et al. 2013). Ein Grund dafür ist die Schwierigkeit, beim Hausarzt oder Facharzt zeitnah einen Termin zu bekommen, verbunden mit Erwartungen an schnellere und kompetentere Hilfe. Eine andere Studie zeigte jedoch, dass 74,2% aller Patienten über 65 Jahre in einer Notaufnahme (Halifax) als bedroht oder dringend eingestuft wurden und teilweise umfangreiche bildgebende und Labordiagnostik durchliefen, was zu einer längeren Verweildauer dieser Patienten in der Notaufnahme führte, verbunden mit der Gefahr unerwünschter Ereignisse während des Notaufnahmeaufenthaltes (Latham u. Ackroyd-Stolarz 2014).

Das alles projiziert sich vor den Hintergrund einer immer leistungsfähigeren Hightech-Medizin einerseits und zunehmend praktizierter Patientenautonomie in Form von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und „Advanced-Care-Planning“ andererseits.

Noch nie in der Geschichte der Medizin waren die Möglichkeiten, „alles zu tun“, so groß und gleichzeitig die Mittel des Patienten, „alles abzulehnen“, so juristisch abgesichert wie heute.

In der Diskussion darüber finden sich Äußerungen von Kollegen in einer Spannbreite von: „Im Einzelfall müssen wir uns fragen, ob nicht ein plötzlicher Tod durch einen schmerzlosen Herzstillstand von dem Betroffenen auch als eine Gnade empfunden werden kann?“ (Kettler 1997) bis „Wer wird schon gerne 90? Die 89-Jährigen!“ (Grönemeyer 2003).

In diese Fülle von Fakten und sich widersprechenden Möglichkeiten und Meinungen etwas Licht zu bringen und dabei möglichst noch eine Verbesserung der Betreuung unserer immer älter werden Patienten zu erreichen, soll Ziel der folgenden Seiten sein. Dies geschieht nicht ganz uneigennützig – auch wir werden früher oder später zu der Patientenklientel gehören, um die es hier gehen soll.

9.2 Der alte Patient

„Das Altern gehört wie Geburt und Tod zu den Urphänomenen des Lebens. Es stellt einen Vorgang dar, der mit der Geburt beginnt und unter ständigen Wandlungen seiner körperlichen Substanz mit dem physiologischen Tode endet … Nascentes morimur[7], ein Ausdruck, der von Seneca stammen soll aus Brief 4, § 9: ex quo natus est, duceris[8], d.h. zur Hinrichtung abgeführt.“ (Bürger 1960)

7 „Schon wenn wir geboren werden, sterben wir“
8 „von dort, wo ich geboren wurde, abgeführt“

Dieses Altern verläuft aber nicht bei allen Menschen gleich schnell, sondern ist u.a. abhängig von Faktoren wie „alles, was dem Menschen ... an seelischem, geistigem und körperlichem Gewinn zuströmt, und Einwirkungen, die ihn durch Nahrung, Klima, Übung und Beruf beeinflussen", also „die Biographie der Person" (Bürger 1960). Es ist also ein „*schicksalsmäßig ablaufender irreversibler Vorgang*" (ebd.).

Wegen dieser vielfältigen interindividuellen Unterschiede der Alterungsvorgänge wird in der Literatur und der klinischen Praxis zwischen kalendarischem und biologischem Alter unterschieden (Tschugg 2012). Wenn wir uns in diesem Kapitel dem älteren Patienten zuwenden, ist damit der Patient nach der gemeinsamen Definition der ÖGGG und der DGGG gemeint:

Definition geriatrischer Patient:

„Der geriatrische Patient ist ein biologisch älterer Patient, der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet ist, zur Multimorbidität neigt und bei dem ein ganz besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somatopsychischer und psychosozialer Hinsicht besteht" (aus: Pinter et al. 2013).

Dabei ist die geriatrietypische Multimorbidität vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen (Heppner et al. 2014).

Der menschliche Körper macht mit zunehmendem Alter typische somatische Veränderungen durch (Schippinger et al. 2013): Die zerebrale Katecholaminsynthese nimmt ab, dies begünstigt die Entstehung von Depressionen. Eine Abnahme der zerebralen Dopaminsynthese kann zu M. Parkinson und eine neuronale Atrophie mit hauptsächlich zahlenmäßiger Abnahme der Dendriten zu kognitiven Defiziten bis hin zur Demenz führen. Das renovaskuläre Gefäßnetz rarefiziert, dies führt zur Abnahme des renalen Plasmaflusses und damit der glomerulären Filtrationsrate und der Fähigkeit zur Harnkonzentration bzw. -dilution. Parenchymatrophie führt außerdem zur Abnahme der 1-Hydroxylaseaktivität. Blutdruckbelastung führt einerseits zur Vorhofvergrößerung des Herzens und begünstigt die Entstehung von Vorhofflimmern, andererseits zur Myokardverdickung mit Abnahme der Kontraktilität und der Herzfrequenzvariabilität mit der Folge einer geringeren kardialen Reserve unter Belastung. Abnahme der Gefäßwandelastizität hat die Neigung zu systolischer arterieller Hypertonie zur Folge. Die Elastizität (Compliance) der Lunge und die Kraft der Atemmuskulatur nehmen ab, ebenso die mukoziliäre Clearance und der Hustenreflex, dies bedingt eine Abnahme des pulmonalen Gasaustausches und Neigung zu bronchopulmonalen Infekten. Veränderungen der Haut führen u.a. zu gestörter Thermoregulation, eine Abnahme der Knochenmarksaktivität zu Störungen der Hämatopoese, Abnahme der Knochendichte zu gehäuften Frakturen sowie in Verbindung mit Sarkopenie zu zunehmender Sturzhäufigkeit, außerdem kommt es zu Abnahme der T-Zell-Aktivität mit Auswirkungen auf das Immunsystem und zu steigendem Risiko für Autoantikörperbildung. Dies sollen nur einige Beispiele sein, die die biologischen Alterungsvorgänge illustrieren. Diese Veränderungen zeigen sich am Patienten in Form von Multimorbidität und „Frailty".

Definition von „Multimorbidität":

„... wird definiert als jegliche Kombination einer chronischen Erkrankung mit zumindest einer weiteren Erkrankung (akut oder chronisch), einem biopsychosozialen Faktor (assoziiert oder nicht) oder einem somatischen Risikofaktor" (Wutti 2014).

Als „Frailty" wird eine Art „geriatrietypische Gebrechlichkeit" beim älteren Patienten bezeichnet:

Definition von „Frailty" (Köller 2014):
- „ungewollter Körpergewichtsverlust,
- herabgesetzte Geschwindigkeit oder niedrige Handkraft (als Korrelat für die Sarkopenie) sowie
- das subjektive Gefühl der Erschöpfung und
- verminderte körperliche Aktivität".

Dieser Definition zufolge sind im deutschsprachigen Raum lt. Literaturangaben ca. 10% der über 65-Jährigen als „frail" und weitere 40–45% als „pre-frail" zu betrachten (Köller 2014).

Multimorbidität zieht Polypharmazie nach sich, wobei in der Pharmakotherapie beim älteren Patienten einmal mehr die alterstypischen somatischen Veränderungen zu beachten sind: Die enterale Resorption und die Distribution über den Blutstrom sind eingeschränkt, was möglicherweise zu einer anderen als der erwarteten Wirksamkeit führt. Gleichzeitig sind aber der first-pass-Metabolismus der Leber, der enterohepatische Kreislauf und sowohl die hepatische als auch die renale Elimination eingeschränkt, was häufig eine Dosisanpassung erforderlich macht bzw. die Benutzung bestimmter Medikamente zumindest kritisch erscheinen lässt. Doch auch die Pharmakodynamik, also die Interaktion eines Medikaments mit seiner Zielstruktur bzw. seinem Rezeptor, ist im Alter Veränderungen unterworfen (Schippinger et al. 2013). Wegen dieser skizzierten Änderungen der Pharmakaverträglichkeit entsteht folgendes Dilemma:

> *„Die moderne Medizin unterhält einen unüberschaubaren Markt von Pharmazeutika, die für den Einzelfall gründlich getestet und wirksam sind, für den alten, multimorbiden Patienten im Rahmen der Polypharmakotherapie hingegen eine Gefahr bedeuten können. Es besteht das Dilemma, dass die Altersgruppen, die am häufigsten Ärzte aufsuchen und die die meisten Medikamente verordnet bekommen, in der pharmakologischen Forschung und in der Struktur des medizinischen Alltags am schlechtesten berücksichtigt sind. Mit ihrem biologisch alten Körper gehorchen die Alten mitunter eigenen Maßstäben und unterstehen als Multimorbide einem besonders hohen Risiko unbekannter pharmazeutischer Interaktionen."* *(Krug 2009)*

Wir haben es also insgesamt mit einer Patientengruppe zu tun, die sich einerseits durch Gebrechlichkeit, Multimorbidität und komplizierende biopsychosoziale Faktoren auszeichnet und zum anderen eben durch diese Multimorbidität sowie durch Veränderungen des Stoffwechsels, der Erfolgsorgane und der zerebralen Funktion (Compliance!) eine besondere Herausforderung für therapeutisches Tätigwerden darstellen.

9.3 Der alte Patient in der Notaufnahme

Notaufnahmen sind auf Effizienz, Schnelligkeit und Erlös ausgerichtete Einrichtungen, in denen möglichst vielen Patienten in möglichst kurzer Zeit die bestmöglich adäquate Hilfe zu Teil werden soll, abgestuft nach Akuität ihrer Beschwerden bzw.

Dringlichkeit ihrer Behandlungsbedürftigkeit (Cernic et al. 2013). Wie tritt uns jetzt ein „älterer Patient“, dessen Besonderheiten im vorigen Abschnitt kurz charakterisiert wurden, in so einem auf Schnelligkeit und Effizienz getrimmten Betrieb gegenüber?

„Ein alter Patient ist alt.“ (Krug 2009)

Dies hat zur Folge, dass er dem mit ihm in Kontakt tretenden medizinischen Personal mehr Zeit abfordert. Er ist langsamer in seinen Verrichtungen (z.B. Ausziehen, Hinlegen ...), im Sprechen, im Denken und fordert letztendlich einen höheren Zeitbedarf bei der Untersuchung. Hinzu kommt ein meist entspannter Zeitrahmen eines nicht mehr im Berufsleben stehenden Patienten und nicht zuletzt die Einsamkeit vieler älterer Menschen, die den Arztkontakt gleichzeitig als einen wertvollen, weil seltenen sozialen Kontakt wahrnehmen und beim Arzt/bei der Pflegeperson bzw. dem Rettungsdienst nicht nur Rat und Hilfe, sondern auch eine zwischenmenschliche Kommunikation suchen (Krug 2009).

„Unspezifische Beschwerden führen erst nach langem Nachfragen und ausgiebiger Untersuchung zur richtigen Diagnose, und selbst komplexe Erkrankungssituationen präsentieren sich durch die verminderte oder atypisch ausgeprägte Symptomatik weniger eindrucksvoll, sind aber dennoch vital bedrohlich.“ (Heppner et al. 2014)

Ein Fünftel aller älteren Patienten stellt sich mit unspezifischen Symptomen in einer Notfallambulanz vor (Köller 2014). Dies führt zu einer Untertriagierung mit falscher Einschätzung der Dringlichkeit von Untersuchungen und den fatalen Folgen. So kann z.B. Fieber als Kardinalsymptom fehlen (ebd.). Viele somatische Erkrankungen zeigen sich als Vigilanzminderung/Somnolenz und werden als „TIA“ fehlgedeutet bzw. imponieren als hyperdynames Delir mit Unruhe, Desorientierung und Agitation, was zu einer Fehleinweisung in die Gerontopsychiatrie führt.

„Eine kanadische Untersuchung an über 2.700 Patienten in einer Notaufnahme, die älter als 65 Jahre waren, hat gezeigt, dass die Dringlichkeit von Untersuchungen bei 26% der Patienten falsch eingeschätzt wurde. Ursache dafür waren oft die fehlende Erhebung von Vitalparametern, das Übersehen neurologischer Symptome und die atypische klinische Präsentation der Beschwerden“ (Köller 2014).

Typische Fehler in der Anamneseerhebung beim älteren Patienten (nach Cernic et al. 2013):

- *mangelhafte Fremd- und Medikamentenanamnese*
- *mangelhafte Differenzialdiagnose*
- *Nichterkennen einer Depression*
- *Nichterhebung eines Sturzrisikos*
- *Nichterkennen von Infekten wegen fehlenden Fiebers*
- *Verkennen von Myokardinfarkten bei atypischen Symptomen*
- *Nichtberücksichtigung des Patientenwunsches nach Therapiebegrenzung*

Die häufigsten Symptomkomplexe von älteren Patienten in einer Notaufnahme sind nach Köller (2014) Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (30–35%), Stoffwechselstörungen, besonders Diabetes mellitus (10–15%), muskuloskelettale Beschwerden (10%) sowie neurologische und psychiatrische Erkrankungen (10%). Dabei führt die

Multimorbidität dieser Patienten dazu, dass diese häufig innerhalb kurzer Zeit erneut in einer Notaufnahme vorstellig werden: „27% der älteren Patienten, welche von einer Notfallaufnahme entlassen werden, stellen sich innerhalb von 3 Monaten erneut an einer solchen Einrichtung vor, werden stationär aufgenommen oder versterben" (Köller 2014). Ein valides und in einer Notaufnahme gut handhabbares Instrument, das Risiko eines älteren Patienten für Multimorbidität einzuschätzen und damit auch Entscheidungen über die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme zu treffen, ist das sogenannte ISAR-Screening (Köller 2014, s. Tab. 14).

Tab. 14 Indikatoren für Multimorbidität nach ISAR („Identification Seniors at Risk") (nach Köller 2014)

Indikatoren	Auswertung
Vor Aufnahme zu Hause hilfsbedürftig?	Ja = 1
Durch aktuelle Erkrankung hilfsbedürftig?	Ja = 1
Hospitalisierung (> 1 d) in den letzten 6 Monaten?	Ja = 1
Sehen Sie gut?	Nein = 1
Haben Sie Gedächtnisprobleme?	Ja = 1
Einnahme von > 3 Medikamenten am Tag?	Ja = 1
Wenn ISAR > 2 ist, liegen bei 61% der Patienten > 1 behandlungsbedürftige Erkrankungen vor gegenüber 18% bei ISAR 0/1.	

Dazu muss angemerkt werden, dass Patienten mit einem ISAR > 2 oder = 2 ein doppelt bis dreifach erhöhtes Risiko für eine Rehospitalisierung aufweisen, deshalb reduziert eine frühe Identifikation dieses Risikos einen späteren Funktionsverlust durch Hospitalisierung (Köller 2014).

Exkurs 1: „Psychose" oder „Delir"?

Die neurologische Dysfunktion eines sogenannten *Delirs* präsentiert sich bei 15–40% der älteren Patienten bereits bei Aufnahme in der Notfallambulanz, wird jedoch nur zu 50% der Fälle erkannt (Wutti 2014). Köller (2014) beziffert 20% Auftreten von akuten Bewusstseinsstörungen bei älteren Patienten in einer Notaufnahme, von denen etwa nur ein Drittel richtig erkannt wird. Aus eigener Erfahrung kann berichtet werden, dass diese Patienten häufig als „Psychose" eingewiesen werden und es meist nur dem stoischen Insistieren der leidgeprüften Gerontopsychiater zu verdanken ist, dass sie einer somatischen Diagnostik und letztendlich kausalen Therapie zugeführt werden. Es werden drei Formen des Delirs unterschieden: das hyperaktive, das hypoaktive und Mischformen.

Definition Delir: „Störung …

- der Aufmerksamkeit,
- der Wahrnehmung (z.B. Verkennungen, Halluzinationen),
- der Orientierung,
- des Denkens,
- der Psychomotorik (z.B. Erregung)" (Wutti 2014).

Andere Autoren legen außerdem Wert auf das *Plötzliche* und *Fluktuierende* dieser Erscheinungen (Heppner et al. 2014). Einig ist man sich darüber, dass das Delir beim älteren Menschen häufig das *erste und einzige Anzeichen* einer *ernsthaften, mitunter sogar lebensbedrohlichen Erkrankung* sein kann (Heppner et al. 2014; Wutti 2014; Köller 2014).

Das Delir ist beim älteren Patienten häufig das erste und einzige Anzeichen einer ernsthaften oder sogar lebensbedrohlichen Erkrankung.

Die Ursachen eines Delirs können akute Erkrankungen oder medikamentöse Nebenwirkungen sein. Die eigene Erfahrung zeigt, dass häufig Exsikkose, Elektrolytverschiebungen, Blutzuckerentgleisungen, Infekte (Harnwegsinfekt noch häufiger als Pneumonie oder Gastroenteritis), Neuroleptika, Sedativa oder Morphin die Ursache sind (der „Klassiker“: das bei der körperlichen Untersuchung oft übersehene und im Medikamentenplan noch nicht verzeichnete, weil gerade erst neu verordnete „Schmerzpflaster“!)

Exkurs 2: Vigilanzminderung – „TIA“ oder „Sepsis“?

Häufig werden ältere Patienten mit „Vigilanzminderung“, „Wesensveränderung“ und ähnlichen Symptomen vom Hausarzt, vom Rettungsdienst und vom Notarzt als „TIA“ oder „Apoplex“ eingewiesen und primär dem Neurologen vorgestellt. Eine fokale Neurologie lassen diese Patienten häufig vermissen. Eine häufige Differenzialdiagnose dieser Zustände ist die septische Enzephalopathie. Ursächlich werden hier verschiedene Faktoren, u.a. eine durch die Sepsis bedingte Änderung der Hämodynamik angenommen (Terborg 2012).

> *„An eine septische Enzephalopathie muss bei Patienten gedacht werden, bei denen eine Enzephalopathie auftritt und eine Sepsis im Raum steht.“ (Terborg 2012)*

An eine Sepsis ist u.a. zu denken, wenn SIRS-Kriterien vorliegen (s. Tab. 15).

Tab. 15 ACCP-SCCM-Konsensuskriterien für SIRS, Sepsis und Organversagen (nach Terborg 2012)

Schweregrad	Symptome
SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome)	Inflammatorische Reaktion auf eine Vielzahl pathogener Stimuli, wenn > 2 Kriterien positiv: ■ Temperatur > 38 oder < 36°C ■ Herzfrequenz > 90/min ■ Atemfrequenz > 20 min oder pCO_2 < 32 mmHg ■ Leukos > 12 oder < 4 g/l oder > 10% Stabkernige
Sepsis	SIRS + Infektnachweis
Schwere Sepsis	Sepsis mit Organdysfunktion, Perfusionsstörung oder Hypotension (< 90 mmHg systolisch oder Abfall um 40 mmHg oder mehr vom systolischen Ausgangsblutdruck)
Septischer Schock	Schwere Sepsis mit Hypotonie trotz adäquatem Flüssigkeitsersatz

ACCP/SCCM American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine

In unserer Notaufnahme wurde ein einfacher Algorithmus implementiert, um bei neurologischen bzw. psychischen Störungen extrazerebrale organische Ursachen zu detektieren und abzugrenzen:

- *Anamnese, wenn nötig Fremdanamnese, wichtig: Medikamentenanamnese!*
- *körperliche Untersuchung*
- *Temperaturmessung (Fieber? Untertemperatur?)*
- *Monitoring (EKG-Überwachung, Blutdruck, Pulsoxymetrie)*
- *SBH, in der Notaufnahme als vor-Ort-(„POCT“)-Leistung verfügbar (pH? Hb/Hk? pO_2? pCO_2? BZ? Na? K? Lactat? BE? Bicarbonat?)*
- *ggf. weitere laborchemische Untersuchungen wie z.B. Leberwerte, Kreatinin (Urämie? Leberkoma?) oder Medikamentenscreening (Digitoxin-, Opiatspiegel?)*
- *ggf. Hinzuziehung des Neurologen und nach neurologischer Untersuchung ggf. Kopf-CT*

Mit dieser kurzen Aufzählung an schnell durchgeführten Untersuchungen lassen sich bereits eine Menge extrakranieller Ursachen für Vigilanzminderung herausfinden und somit die Untersuchungszeit für die älteren Patienten verkürzen. Wenn eine Hypoglykämie bzw. ein hyperosmolares Koma beim Diabetes als Ursache für die Vigilanzminderung herausgefunden wird, bleibt dem Patienten möglicherweise längere Wartezeit auf den Neurologen bzw. ein Kopf-CT erspart, und die Therapie kann zeitnah einsetzen.

Aus Exkurs 1 und Exkurs 2 folgt: Ethisches Handeln beim älteren Patienten in der Notaufnahme beginnt bereits damit,

- **seine Symptome ernst zu nehmen, das heißt**
- **auch bei atypischer Ausprägung richtig zu deuten und**
- **zielführend zu diagnostizieren sowie**
- **effektiv zu behandeln!**

Kasuistik 1: Der Patient hat Recht

Ein 67-jähriger Patient aus einem Pflegeheim mit anamnestisch stattgehabtem Alkoholabusus und jetzt konsekutivem M. Korsakow wird von der Hausärztin telefonisch etwa so angekündigt: Er sei paranoid – er glaube, eine ernsthafte Erkrankung zu haben. Die Hausärztin sei in den letzten Wochen bereits zweimal die Woche bei ihm gewesen und hätte ihn untersucht, aber keine Erkrankung feststellen können. Auch ein niedergelassener Psychiater habe den Patienten bereits mehrfach gesehen. Jetzt schickte die Hausärztin ihn mit den Worten: Er wolle sich eine Krankenhauseinweisung „erschleichen“ – er habe gedroht, aus dem Fenster zu springen, wenn er nicht eingewiesen wird. Er sei jetzt hochgradig unruhig, agitiert und aggressiv. Die Hausärztin empfahl eine dringende psychiatrische Vorstellung bei Psychose mit Suizidalität. Die verständigten Kollegen der psychiatrischen Klinik insistierten auf einer somatischen Abklärung der evtl. deliranten Symptomatik, sodass zunächst die Vorstellung in unserer Notaufnahme erfolgte. Hier zeigte der Patient sich ruhig und gut führbar. Die kör-

perliche Untersuchung und Auskultation ergab keine pathologischen Befunde bis auf eine Exsikkose, weil der Patient die letzten Tage im Pflegeheim aus Protest schon die Nahrung verweigert hatte. Laborchemisch zeigten sich eine Leukozytose und ein hohes CrP, sodass nach einen Infektfokus gefahndet wurde. Urinstatus, Röntgenthorax und Sonographie des Abdomens zeigten keinen Hinweis für einen Fokus, sodass zunächst bei „Delir bei Fieber unklarer Ursache“ die Aufnahme erfolgen sollte. Als der Patient noch in der Notaufnahme eingekotet hatte, fiel der Pflegekraft (!) beim Wechseln des Inkontinenzmaterials eine ca. faustgroße druckdolente Schwellung perianal auf – ein Perianalabszess als Infektfokus. Der Patient zeigte SIRS-Kriterien, wurde den Chirurgen vorgestellt, zügig operiert und postoperativ wegen der Sepsis auf die Intensivstation übernommen. Tragischerweise war bei der Aufnahme des Patienten nicht bekannt geworden, dass er 2 x 8 mg Hydromorphon am Tag als Dauermedikation erhielt. Der Patient wurde postoperativ im Verlauf erneut delirant, was als „ITS-Koller“ fehlgedeutet wurde, weil tragischerweise niemandem die Morphinmedikation bekannt war (die sich erst im Nachhinein herausstellte). Wegen des fortgesetzten Delirs und der anamnestisch beschriebenen Suizidalität erfolgte ein Konsil durch einen Psychiater, der dem Patienten Normalstationsfähigkeit bescheinigte. In der Nacht nach der Verlegung von der Intensivstation auf die Normalstation sprang der Patient – vermutlich im Morphin-Entzugsdelir – aus dem Fenster und verstarb im Verlauf an den Folgen seiner Verletzungen.

Vier Dinge sind aus dieser Kasuistik ersichtlich:

- Auch ein „psychisch alterierter“ Patient kann recht haben.
- Der ältere Patient kann seine Beschwerden häufig nicht „präsentieren“, man muss nach ihnen „fahnden“.
- Ein Delir kann Ursache einer schweren Sepsis sein.
- Die Übermittlung der vollständigen Hausmedikation ist gerade bei multimorbiden und mit Polypragmasie behandelten Patienten mitunter lebenswichtig.

9.4 Der alte Patient in der Notaufnahme am Lebensende: Therapieentscheidungen

Viele ältere Patienten, die multimorbide sind und teilweise an chronischen oder malignen Erkrankungen mit infauster Prognose leiden (auch eine „ausgebrannte“ COPD oder eine fortgeschrittene Herzinsuffizienz sind von der Prognose her ähnlich zu betrachten wie eine Krebserkrankung), kommen im Endstadium ihrer Erkrankung in die Notaufnahme, weil entweder die Angehörigen (z.B. der ebenfalls betagte Ehepartner oder die weit weg wohnenden und berufstätigen Kinder) mit der Situation überfordert sind oder das Personal im Pflegeheim die Verantwortung für das Ableben des Patienten nicht übernehmen kann.

Oft tritt aber auch der Fall ein, dass Patienten mit akuten Erkrankungen in die Notaufnahme kommen, bei denen sich erst im Laufe der Untersuchung abzeichnet, dass die aktuelle Erkrankung möglicherweise das Ende des Lebens darstellt. Diese Szenarien stellen für jeden Notfallmediziner immer wieder eine Herausforderung dar, in der er sich meist allein mit der Therapiezielfindung konfrontiert sieht. Gründe sind fehlende Zeit, fehlende Informationen, fehlende Unterlagen oder nicht erreichbare beziehungsweise nicht entscheidungsfähige Angehörige (in der Schmitten et al. 2011).

Hier kommen unweigerlich zu medizinischen Fakten auch ethische Erwägungen mit in den Kreis der Überlegungen hinein. Trotz der mittlerweile in Deutschland gut

etablierten Instrumente von Ethikberatung, wie Ethikkomitee, ethische Fallbesprechung und Ethikkonsil besteht das Problem, dass diese in der Situation der Erstbehandlung in der Notaufnahme oft nicht praktikabel sind (Trzeczak 2013). Gründe sind fehlende Zeit, fehlende Informationen, fehlende Unterlagen oder nicht erreichbare beziehungsweise nicht entscheidungsfähige Angehörige (in der Schmitten et al. 2011). Dies konnte in einer Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) bestätigt werden (Padberg et al. 2014). Die Befragten signalisierten zum einen, dass in der Notaufnahme oft die Zeit fehlt, ein Ethikkomitee einzuberufen, dass sie sich aber andererseits mit der Entscheidung über Therapiemaximierung oder Therapiebegrenzung am Lebensende oft alleingelassen fühlen. Der Wunsch wurde laut nach schriftlichen Hinweisen, Handlungsempfehlungen oder einem „Gerüst“, an dem man sich im Notfall „entlanghangeln“ kann. Die AG „Ethik in der Notfall- und Akutmedizin“ der DGINA hat daraufhin eine „Checkliste Notfallpatienten“ entworfen, die auf der DGINA-Website abrufbar ist (http://www.dgina.de/pages/arbeitsgruppen/ethik.php). Andere, ähnliche Ansätze sind der Palliativnotfallbogen (Wiese et al. 2011) oder eine Mitteilung des Hausarztes an den Notarzt, die der Patient griffbereit hat (wie von in der Schmitten et al. 2011 vorgeschlagen). Vielversprechend sind auch Ansätze, die Patientenverfügung durch einen Code, der z.B. auf der Versicherungskarte des Patienten per Aufkleber vermerkt wird, jederzeit und überall online einsehbar zu machen (z.B. www.dipat.de).

Allgemeine Richtlinien und Handlungsempfehlungen, die zum Problem der Therapiezielfindung am Lebensende Stellung nehmen, finden sich in Tabelle 16.

Tab. 16 Wichtige Quellen zur Therapiezielfindung am Lebensende

Herausgeber	Titel	Quelle
Bundesärztekammer	Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis	Deutsches Ärzteblatt Jg. 107/Heft 18, 7. Mai 2010, S. 877–882
Bundesärztekammer	Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung	Deutsches Ärzteblatt Jg. 108/ Heft 7, 18. Februar 2011, S. 346–8
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI	www.divi-org.de
Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE)	Verrel T., Simon A.: Patientenverfügungen. DRZE-Sachstandsbericht	Freiburg i.Br., 2010

Zum Problem der Ermittlung des Patientenwillens, der Einbeziehung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, zum tatsächlichen und mutmaßlichen Patientenwillen und zum „surrogate decision making“ unter Einbeziehung der Angehörigen sei auf die entsprechenden Kapitel im diesem Buch verwiesen.

Patientenverfügungen stellen seit 2009 ein gesetzlich verankertes Instrument zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens dar (Verrel u. Simon 2010). Die Schwierigkeit für den Notfallmediziner besteht darin, dass Patientenverfügungen trotz gesetzlicher Unterstützung immer noch *nicht weit verbreitet* und längst *nicht immer vorhanden* sind. *Wenn vorhanden*, sind sie oft in der Notfallsituation *nicht schnell genug verfügbar* und oft auch *fraglich valide*, das heißt die Verwertbarkeit für den Helfenden in der Notfallsituation, das *Zutreffen auf die aktuelle Situation*, ist nicht eindeutig sichtbar (in der Schmitten et al. 2011)

!

Patientenverfügungen sind:

- **nicht weit verbreitet,**
- **nicht immer vorhanden,**
- **wenn vorhanden, in der Notfallsituation oft nicht schnell genug verfügbar,**
- **wenn verfügbar, ist die Validität, d.h. die Situationsbezogenheit fraglich (in der Schmitten et al. 2011).**

Ein Problem mit Patientenverfügungen besteht auch darin, dass ihre Validität, d.h. die Gültigkeit in der entsprechenden Notfallsituation, oft nicht ohne Weiteres angenommen werden kann. So brachte einmal eine Angehörige eine Patientenverfügung ihres Ehemannes in die Notaufnahme, bei der es sich um einen der üblichen Vordrucke handelte. Der Patient hatte auf dem Vordruck alle vorhandenen Fragen mit „Ja" beantwortet. Das führte zu so verwirrenden Angaben wie: „Ich wünsche die volle Ausschöpfung aller lebensverlängernden Maßnahmen: – Ja; Ich wünsche die Beendigung bzw. Nichtdurchführung lebensverlängernder Maßnahmen: – Ja; ...". Darauf angesprochen, erwiderte die Ehefrau: „Ja, aber: Ich verstehe das Problem nicht, *er hat doch alles ausgefüllt* ..." Solche Antworten lassen einen an der Sinnhaftigkeit von Patientenverfügungen zweifeln. In der Schmitten (2010) schlägt diesbezüglich eine Beratung der Patienten vor Abfassung einer Patientenverfügung durch den Hausarzt vor – dies müsste jedoch, um im Praxisalltag durchführbar zu sein, von den Krankenkassen vergütet werden.

Die Änderung eines Patientenwillens trotz vorher abgefasster Patientenverfügung schildert Kasuistik 2.

Kasuistik 2:

Ein etwa 80-jähriger Patient wird mit einem akuten Koronarsyndrom kreislaufinstabil und kardial massiv dekompensiert in ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung eingeliefert. In Anbetracht einer Patientenverfügung und in Absprache mit der Ehefrau wird auf eine Weiterverlegung des Patienten in ein Haus der Maximalversorgung zur Koronarangiographie verzichtet. Es wird konservative Therapie vereinbart, das heißt Herzinsuffizienzbehandlung, Sauerstoff und Schmerzbehandlung. In Anlehnung an die Patientenverfügung und in Absprache mit der Ehefrau soll auf Wiederbelebungsmaßnahmen verzichtet werden. Patient und Ehefrau sind über die Möglichkeit eines baldigen Ablebens informiert. Die Ehefrau sitzt am Bett des Patienten. Plötzlich kommt sie aufgeregt auf den Flur gelaufen und ruft laut: „Mein Mann braucht Hilfe!". Der diensthabende Arzt folgt ihr ins Zimmer. Der Patient hat eine ventrikuläre Tachykardie, die im Verlauf in ein Kammerflimmern übergeht. Letztendlich

gipfelt die Hilfe darin, dass der Patient defibrilliert wird. Dann erfolgt ein klärendes Gespräch mit der Ehefrau, in dem der Arzt das weitere Vorgehen besprechen möchte und auch noch einmal die Verlegung zur Koronarangiographie in ein Zentrum vorschlägt. (Die lebensgefährlichen Rhythmusstörungen wurden am ehesten durch eine Sauerstoffnot am Herzen durch eine Minderdurchblutung der Herzkranzgefäße hervorgerufen, insofern stellt hier die notfallmäßige Koronarangiographie eine sinnvolle Therapieoption dar). Die Ehefrau lehnt weiterhin ab und sagt, es solle nach dem Willen ihres Mannes nichts Lebensverlängerndes getan werden. Der Arzt entgegnet, dass sie, wenn sie diesen Willen zugrunde legen würden, zum jetzigen Zeitpunkt schon viel zu viel getan hätten. Ohne die Defibrillation wäre ihr Mann nicht mehr am Leben. Sie war es aber, die in der lebensbedrohlichen Situation auch nach Aufklärung um Hilfe gerufen und diese erwartet hat, die ja in dem Moment auch erfolgreich war. Schließlich willigt sie in die Verlegung ins nächste größere Krankenhaus zur Koronarangiographie ein. Nachdem der Mann zu sich gekommen war, wird das Vorgehen mit ihm besprochen und er willigt ebenfalls ein. Zügig wird der Patient mit Notarztbegleitung verlegt (aus: Trzeczak 2010 in: Frewer et al. 2010).

Oft existieren auch Patientenverfügungen, die von Angehörigen zurückgehalten werden (Padberg et al. 2014). In diesem Fall, wenn Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer, statt einer Patientenverfügung Gültigkeit zu verschaffen, diese zurückhalten, müsste ein Betreuungsgericht zwischen Behandler und Angehörigen vermitteln, sobald zwischen diesen ein Dissens besteht (Verrel u. Simon 2010).

Allgemein kann zusammenfassend zu diesem Thema festgestellt werden, dass für die Durchführung einer Therapiemaßnahme folgende Voraussetzungen erfüllt sein müssen:

„Eine zulässige Behandlungsmaßnahme muss 2 Voraussetzungen erfüllen: 1) Für den Beginn oder die Fortführung der Behandlung besteht nach Einschätzung der behandelnden Ärzte eine medizinische Indikation. 2) Die Durchführung entspricht dem Patientenwillen.“ (Janssens et al. 2013)

Wichtig ist, noch einmal herauszuarbeiten, dass der Begriff der *Indikation* in zunächst die *medizinische Indikation*, die Aussagen über die *medizinische Sinnhaftigkeit einer Behandlung* trifft, und eine *ärztliche Indikation* unterteilt werden muss (Neitzke 2014). Diese wird dann mit dem Patienten oder den Angehörigen besprochen und der Patientenwille bzw. mutmaßliche Patientenwille bezüglich der Therapieoption ermittelt. Erst dann wird die eigentliche ärztliche Indikation zur Behandlung gestellt (Neitzke 2014). Das heißt, auch bei *Vorliegen einer medizinischen Indikation* kann bei Ablehnung der Behandlung durch Patienten und/oder Angehörige der Fall eintreten, dass eine *ärztliche Indikation mangels Zustimmung nicht gestellt werden kann*. Im Zweifel muss hier die *Einwilligungsfähigkeit* des Patienten, wenn nötig, psychiatrisch festgestellt werden bzw. bei Dissens zwischen Angehörigen/Betreuern und Behandler ein Betreuungsgericht eingeschaltet werden (Neitzke 2014).

Zur Stellung der medizinischen Indikation gehören laut DIVI folgende Überlegungen:

In einem ersten Schritt wird möglichst evidenzbasiert geprüft, ob die geplante Maßnahme prinzipiell geeignet ist, das angestrebte Therapieziel zu erreichen: Ist diese Krankheit mit der vorgesehenen Therapie erfolgreich zu behandeln? In einem zweiten Schritt wird geprüft, ob die geplante Maßnahme auch geeignet ist, dem individuellen Patienten in seiner konkreten Situation zu helfen: Profitiert dieser Patient mit dieser Erkrankung, ihrem Schweregrad, der Prognose und den vorliegenden Begleiterkrankungen von dieser Therapie?“ (Janssens et al. 2013)

Als nächstes folgt nach DIVI die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Hierbei werden verschiedene Grade der Einwilligungsfähigkeit unterschieden:

- der aktuell einwilligungsfähige Patient,
- der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient mit (gültiger) Patientenverfügung,
- der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient ohne (gültige) Patientenverfügung aber mit juristischem Stellvertreter (z.B. Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigtem) und
- der aktuell nicht einwilligungsfähige Patient ohne (gültige) Patientenverfügung und ohne juristischen Stellvertreter (nach: Janssens et al. 2013)

Abschließend muss dazu bemerkt werden, dass eine nicht indizierte Maßnahme auch bei ausdrücklichem Patientenwunsch nicht durchgeführt werden sollte:

> *„Bei Patienten mit infauster Prognose kann nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung die Therapie begrenzt werden. Bei fehlender medizinischer Indikation dürfen Maßnahmen nicht durchgeführt werden, selbst dann nicht, wenn der Patient gegenteilige Wünsche hat." (Grübler 2011)*

Diese Probleme kulminieren in der Situation, in der Wiederbelebungsmaßnahmen in der Notaufnahme durchgeführt oder unterlassen werden sollen (Mohr et al. 1997). Hierbei ist in kurzer Zeit eine Entscheidung zu treffen, der Arzt kennt in der Regel die Vorgeschichte des Patienten nicht und kann nicht oder nur eingeschränkt mit diesem kommunizieren (ebd.). Ein weiteres Problem sind fehlende schriftliche Vorausverfügungen und fehlende oder mit der Situation überforderte, nicht auskunftsfähige Angehörige (Trzeczak 2013; in der Schmitten 2011). In solch einer Situation besteht ein medizinisch-ethisches Dilemma (Trzeczak 2014): Über das Outcome des Patienten nach Reanimation gibt es bislang keine ausreichenden Daten (Lippert et al. 2010; Wegscheider 2012), und der Arzt, der mangels medizinischer Daten über den Patienten (Anamnese, Vorerkrankungen) Entscheidungshilfe in der Ethik sucht, sieht sich mit den heute allgemein akzeptierten vier Grundprinzipien der Medizinethik konfrontiert (Beauchamp u. Childress 2009): Fürsorge, Nicht-Schaden, Autonomie und Gerechtigkeit. Wie soll der Behandler nun aber über Fürsorge bzw. Patientennutzen und Nicht-Schaden befinden, wenn die Folgen seiner Behandlung (nämlich der Wiederbelebung) nicht bekannt sind?

Im Zweifelsfall ist hier der natürliche Wille des Patienten, d.h. der natürliche Lebenswille eines jeden Menschen, als bindend für den als „Geschäftsführer ohne Auftrag" handelnden Arzt anzusehen (Lippert et al. 2010; Mohr et al. 1997). Dies wird auch in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Herz-Lungen-Wiederbelebung so angegeben.

Auf der Intensivstation kann in der Folge, wenn absehbar ist, dass eine Behandlung keinen therapeutischen Nutzen mehr bringt (z.B. Aufrechterhaltung biologischer Funktionen bei infauster Prognose ohne über längeren Zeitraum sichtbare Besserung des Zustandes), diese begrenzt oder unterlassen werden („allow natural death"). Dabei legt z.B. die österreichische Gesellschaft für Intensivmedizin fest:

> *"All grounds that justify withholding of therapy are also legitimate reasons for withdrawal of therapy" (Valentin 2008). (Alle Gründe, die ein Einfrieren der Therapie rechtfertigen, rechtfertigen auch die Beendigung dieser Therapie.)*

Als Gründe für Begrenzung oder Abbruch einer Therapie werden genannt (Valentin 2008):

- Progressive multi-organ failure under maximal intensive care medical therapy with no prospect of successful treatment of the cause (fortgeschrittenes Multiorganversagen unter maximaler Intensivtherapie ohne Aussicht auf erfolgreiche Behandlung der Ursache)
- Terminal failure of vital organs with no prospect of transplantation or adequate long-lasting organ substitution (terminales Versagen lebenswichtiger Organe ohne Aussicht auf Transplantation oder anderweitigen langfristigen Organersatz)
- Life-threatening intercurrent disease/complication or complete loss of autonomous vital functions after irreversible cerebral damage (lebensbedrohliche interkurrente Erkrankung/Komplikation oder kompletter Verlust autonomer Lebensfunktionen nach irreversibler Hirnschädigung)
- Terminal stage of chronic or malignant disease that no longer can be influenced by any therapy (Endstadium einer chronischen oder malignen Erkrankung, die nicht länger durch irgendeine Therapie beeinflusst werden kann)

Sollten Erkenntnisse über eine eventuelle Grunderkrankung des Patienten vorliegen, können folgende zwei Fragen bei der Entscheidungsfindung helfen (Trzeczak 2014):

1. Handelt es sich um eine Krankheit mit infauster Prognose und um eine palliative Situation? (s. Tab. 17)
2. Steht die aktuelle Akutsituation in Zusammenhang mit der Grunderkrankung? (s. Tab. 18).

Wenn eine *palliative Grundsituation* bei *infauster Prognose* vorliegt und die *aktuelle Akutsituation nicht mit der infausten Grundkrankheit in Zusammenhang steht*, kann als Entscheidungshilfe gelten, die *aktuelle Akutsituation zu beherrschen* und *bezüglich der Grunderkrankung palliativ zu bleiben* (Kasuistik 3). Sollte ein *Zusammenhang zwischen der aktuellen Akutsituation und der palliativen Grunderkrankung bestehen* (z.B. die aktuelle Akutsituation ein möglicher Endpunkt der Grunderkrankung sein) ist *insgesamt Palliation geboten* (Kasuistik 4).

Tab. 17 Frage nach der Grunderkrankung (nach Trzeczak 2014)

Patient mit chronischer Grunderkrankung und akuter Notfallsituation:	
Grunderkrankung mit *infauster Prognose*?	Grunderkrankung mit erhaltener Therapieoption ohne infauste Prognose?
Frage nach dem ätiologischen/kausalen *Zusammenhang der akuten Notfallsituation mit der Grunderkrankung*	Versuch der *Beherrschung der akuten Notfallsituation*

Tab. 18 Frage nach dem Zusammenhang der Akutsituation mit der Grunderkrankung (nach Trzeczak 2014)

Zusammenhang der Notfallsituation mit der Grunderkrankung?	
Ja (Kasuistik 4)	**Nein (Kasuistik 3)**
Palliation bezüglich Grunderkrankung	Versuch der Beherrschung der Notfallsituation
Palliation bezüglich Notfallsituation	Nachfolgend palliatives Vorgehen bezüglich der Grunderkrankung

Kasuistik 3

Eine 73-jährige Patientin wurde mit Linksherzdekompensation bei supraventrikulärer Tachykardie (SVT) vorstellig. Zusätzlich besteht ein Karzinom mit unbekanntem Primärtumor („carcinoma of unknown primary“, CUP-Syndrom) mit hepatischer und lymphogener Metastasierung und linksseitigem malignem Pleuraerguss.

Nach Stabilisierung der Patientin durch nichtinvasive Beatmung und Frequenzkontrolle wurde sie auf die Normalstation verlegt. Über die Erkrankung und die infauste Prognose wurde mit der Patientin und den Familienangehörigen gesprochen. Dabei wurde bewusst auf erneute intensivmedizinische Maßnahmen verzichtet. Diese Entscheidung wurde von allen gemeinsam getragen.

Die Patientin wurde palliativ mit analgetischer und anxiolytischer Medikation behandelt und verstarb in der Folge an der fortschreitenden Grunderkrankung.

Die vorgestellte Patientin befand sich zusammengefasst am Endpunkt einer infausten Erkrankung (multipel metastasiertes fortgeschrittenes CUP-Syndrom). Eine Akutsituation, die primär nicht im Zusammenhang mit der Grunderkrankung steht (supraventrikuläre Tachykardie mit konsekutiver Linksherzdekompensation), kam akut komplizierend hinzu. Die Akutkomplikation wurde behandelt, bezüglich der Grunderkrankung wurde palliativ vorgegangen (aus: Trzeczak 2014).

Kasuistik 4:

Ein Patient mit metastasiertem Sigmakarzinom (beidseitige Lungen-, Leber- sowie ossäre Metastasen, peritonealen Adhäsionen) entwickelte eine akute oberer gastrointestinale Blutung bei Ösophagusvarizen, Grad II nach Savary und Miller.

Bei dem Patienten bestand ein ulzeriertes mittelgradig differenziertes tubulopapilläres Adenokarzinom im Sigma- und Colon-descendens-Bereich mit Infiltration aller Darmwandschichten und massivem Tumoreinbruch in das anhängende perimurale Fettgewebe. Die postoperative Tumorklassifikation war wie folgt: G2, pT3, pN0 (0/17), pL0, pV0, pR0; initial: Stadium IIA nach Union internationale contre le cancer (UICC). In der Folge kam es 3 Jahre später zur Detektion von Leber-und Lungenmetastasen sowie 4 Jahre später zur zusätzlichen Diagnose einer ossären Metastasierung.

Bereits postoperativ war eine adjuvante Chemotherapie mit 5-Fluorouracil (5-FU) durchgeführt worden. Diese Therapie musste aufgrund einer schweren Mukositis zunächst pausiert werden und wurde dann niedriger dosiert fortgesetzt, bis sie schließlich abgebrochen werden musste. Nach Detektion der Metastasierung wurden mehrere Lungenmetastasenresektionen, eine Chemotherapie mit 4 Zyklen nach dem FOLFIRI-Schema, atypische Leberresektionen in Segment 2 und 3, insgesamt 15 Thermoablationen von Metastasen, 9 Zyklen einer Bevacizumabtherapie, 7 Zyklen einer Kombinationstherapie mit Bevacizumab und Irinotecan sowie eine Bisphosphonattherapie durchgeführt. Schließlich entschloss man sich zu einem begleitenden/beobachtenden Vorgehen. Aktuell wurden die Ösophagusvarizen mit insgesamt 5 Gummibandligaturen behandelt. In der begleitenden CT-Diagnostik zeigte sich ein deutlicher Progress der Erkrankung. Nach 4 Wochen wurde der Patient wieder aufgenommen, jetzt mit erneuter Allgemeinzustandsverschlechterung und erhöhten Cholestaseparametern. Daraufhin erfolgte eine endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) mit Papillotomie und Stenteinlage in den linken und rechten Ductus hepaticus. Im Verlauf kam

es nochmalig zu einer oberen gastrointestinalen Blutung, sodass wieder die Aufnahme auf die internistische Intensivstation erfolgte. Hier konnte nach erneuter Ligaturbehandlung und Transfusion von insgesamt 6 Erythrozytenkonzentraten zunächst eine Stabilisierung erreicht werden. Im Verlauf wurde jedoch deutlich, dass bei fortgeschrittener hepatischer Metastasierung mit konsekutiv nachlassender Gerinnung und steigendem portalem Hochdruck die Blutungsgefahr durch die Ösophagusvarizen eine Komplikation darstellte, die letztlich ihre Ursache in der fortschreitenden Grunderkrankung hatte.

Die Situation akzeptierend wurde nach Gespräch mit dem Patienten in Form einer „physicians order life sustaining treatment“ (POLST) auf weitere intensivmedizinische Maßnahmen verzichtet und der Patient verstarb an den Folgen seines infausten Grundleidens. Schließlich musste eingesehen werden, dass die Beschwerden des Patienten im Verlauf Ausdruck seiner fortgeschrittenen Grunderkrankung waren und auftretende lebensbedrohliche Situationen letztlich einen möglichen Endpunkt dieser Erkrankung darstellten (aus: Trzeczak 2014).

Insgesamt kann zusammengefasst werden, dass zunächst die medizinische Indikation und dann der Patientenwille geprüft werden muss, bevor lebensverlängernde Maßnahmen bei alten Patienten am Lebensende durchgeführt werden. Die zitierten Richtlinien und Entscheidungshilfen können dabei eine Hilfe sein, wie die aufgeführten Kasuistiken zeigen. Sollte über einen Patienten gar keine Information vorliegen und auch kein Kontakt zu Angehörigen bestehen, ist im Zweifelsfall der Erhalt des Lebens als nächstliegende Therapieoption zu wählen – weiterführende Entscheidungen können *und sollten* dann im weiteren Verlauf getroffen werden.

9.5 Abschluss: ethische Überlegungen zu Alter und Tod

Nachdem aus gesundheitspolitischer, sozialer und medizinisch-praktischer Sicht auf die Problematik dieses Kapitels eingegangen wurde, sollen am Schluss einige Bemerkungen stehen, die das Ganze aus ethisch-philosophischer Sicht beleuchten sowie zum Nach- und Weiterdenken anregen sollen.

Es ist bereits erwähnt worden, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt die medizinisch-technischen Möglichkeiten zur Lebenserhaltung (soll heißen: zur Aufrechterhaltung biologischer Funktionen) nie so groß waren wie zuvor, dass aber auch nie zuvor in einer so breiten und offenen Diskussion diese Möglichkeiten derart in Frage gestellt wurden wie heute. Auch in Ärztekreisen wächst die Skepsis gegenüber einer Lebensverlängerung „um jeden Preis“ und es wird die Frage gestellt, ob es ein Ziel der Medizin sein kann, die menschliche Lebensspanne immer weiter zu verlängern. Hierzu wird ein breiter ethischer Diskurs gefordert (Barazzetti u. Reichlin 2011).

Das Alter wird allgemein als letzte Lebensphase nach Säuglingsstadium, Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter angesehen (Helmchen et al. 2006). Die Definition ist schwierig, weil Alter als „Übergang von „Evolution zu Involution“, als „zunehmendes Überwiegen des Abbaus von Substanz, Struktur und Funktion gegenüber ihrem Aufbau und ihrer Entwicklung“, verschiedene Organsysteme zu unterschiedlichen Lebenszeiten betrifft und daher einen „heterochronen Prozess“ darstellt. Deshalb ist eine medizinisch-biologische Definition des Alters schwierig, und offiziell wird da-

rum gegenwärtig das Ende beruflicher Tätigkeit als Beginn der Lebensphase des Alters angesehen (ebd.)

Hier nun sieht z.B. Maio bereits ein ethisches Problem: In einer Leistungsgesellschaft, in der Konsens darüber besteht, dass derjenige von der Gemeinschaft anerkannt wird, der auch etwas zu ihrer Erhaltung beiträgt, sind die Alten, die nicht mehr aktiv am Berufsleben und damit zur Vermehrung des Bruttosozialproduktes beitragen, von dieser Anerkennung ausgenommen (Maio 2014). Der ältere Mensch wird von der Wirtschaft und der Politik heute als „Konsument" gesehen, viele Branchen bieten „altersgerechte" Produkte an: altersgerechte Wohnungen, Seniorenreisen, seniorengerechte Autos, Treppenlifte usw. In der Werbung wird der Senior als aktiver, selbständiger Konsument dargestellt. Das setzt viele ältere Leute unter Druck, diesem Bild des „aktiven Seniors" entsprechen zu müssen. Maio hält dagegen, dass gerade die Situation der Angewiesenheit aufeinander – sei es aus Gründen der Pflegebedürftigkeit, der Demenz oder schlicht der Einsamkeit nach Versterben eines Ehepartners – zur conditio humana des alten Menschen gehört und uns als menschlicher Gesellschaft spiegelt, dass wir alle soziale Wesen („zoon politikon", d.h. „politisches Tier"; Aristoteles – d.A.) sind (Maio 2014).

Die Realität sieht aber leider so aus, dass viele ältere Menschen ihr Leben als „nicht mehr lebenswert" betrachten, wenn sie unter unheilbaren progressiven Krankheiten leiden und somit ihre Selbständigkeit verlieren. Dies führt zur öffentlichen Diskussion über Sterbehilfe, Euthanasie und Beihilfe zum Suizid, die in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich geregelt werden (Helmchen et al. 2006).

Demgegenüber steht ein interessantes Phänomen aus der Pharma-Industrie: Viele Medikamente werden danach beurteilt und ihre Wirksamkeit daraufhin getestet, ob sie *lebensverlängernd* wirken. Die *Lebensqualität* wird dabei nicht in Betracht gezogen. Der Terminus der „quality adjusted life years" (QALY) findet derzeit lediglich bei medizinökonomischen Überlegungen Platz (u.a.: Weinstein et al. 2009). Das heißt, die älteren Menschen bekommen einerseits Medikamente, die ihr Leben verlängern, andererseits weiß die Gesellschaft nicht, was sie mit diesen älteren Menschen „anfangen soll" (wenn wir die Überlegungen von Maio 2014 und Helmchen 2006 hinzuziehen).

Wir sollten das Altwerden mit allen seinen Begleiterscheinungen als eine „conditio humana" akzeptieren und die Voraussetzungen dafür schaffen, dass hier eine gesellschaftliche Akzeptanz einsetzt.

Das nächste Problem, was hier erörtert werden soll, ist das Lebensende und der Umgang mit Sterben und Tod.

Bereits 1987 konstatierte Hans Jonas ein „Recht zu sterben" (Jonas 1987). Er begründete dies aus dem Recht auf Leben: Das Leben ist etwas Naturgegebenes, wir selbst haben schließlich keinen Einfluss darauf, ob wir geboren werden oder nicht. Da wir dieses Naturgegebene uns selbst zugestehen (und damit auch jedem anderen menschlichen Wesen um uns herum zugestehen müssen), gehört es zu den sogenannten „unveräußerlichen Rechten" (ebd.). Jonas führt weiter aus, dass der Tod zum Leben dazugehört und somit jeder auch im Laufe seines Lebens die Gelegenheit haben soll, sich mit dem Tod als „Vollendung des Lebens" auseinanderzusetzen. Maio spricht von dem „Bogen des Lebens", der „voll werde" (Maio 2014). Für Heidegger ist der Tod die Vollendung des Lebens und die Bedingung des „Ganz-Sein-Könnens", wobei die

Existenz des Daseins mit dem Eintreten dieses „Ganz-Seins“ aber eben auch erlischt. Er spricht darum von einem „Sein zum Tode“ (Heidegger 1993; Trzeczak 2010) – „nascentes morimur“, es sei an den Beginn dieses Kapitels erinnert! Ähnlich formuliert es auch Rieger (2013): Er benutzt die Metapher vom „dem Tod entgegenwachsen“, vom Sterben nicht als „Abbruch“, sondern als „Vollendung“ (ebd.).

Den Tod als zum Leben dazugehörig zu begreifen, bedeutet jedoch nicht die Notwendigkeit für den Einzelnen, sein Leben bis zum Eintreten des Todes unter Kontrolle zu halten („mein Tod gehört mir“).

Das würde bedeuten, dass jeder, der, aus welchen Gründen auch immer, sein Leben aktuell als „nicht mehr lebenswert“ erachtet oder glaubt, seine Autonomie (d.h. seine „Kontrolle“ über die Dinge) zu verlieren, den Freitod wählen darf. Diese Auffassung ist es, die z.B. der aktuellen Diskussion über Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid immer wieder neuen Zündstoff verleiht. Maio argumentiert dazu folgendermaßen: Genauso wenig, wie wir eine Wahl haben, ob wir ins Leben treten möchten oder nicht, haben wir eine Wahl, ob, wann und wie wir aus dem Leben scheiden möchten.

> *„Wer im Zusammenhang des Verbots der aktiven Sterbehilfe von Zwang zu Leben spricht, geht implizit davon aus, dass das Leben nicht etwas Gegebenes ist, sondern eine Option, ja das Resultat einer persönlichen Entscheidung.“ (Maio 2014)*

Nährboden für solche Ansichten ist wiederum der befürchtete „Verlust von Autonomie“, wobei hier Autonomie falsch verstanden wird als das – angenommene – Nicht-Angewiesensein einer Person auf andere. Hier kann man wiederum mit Maio argumentieren, dass es gerade ein Merkmal des menschlichen Lebens ist, dass wir permanent auf andere angewiesen sind und diese auf uns: Eltern, Geschwister, Partner, Kinder, Kollegen, der Bäcker um die Ecke, Nahrungsmittel- und Kleidungshersteller … Maio bezeichnet Angewiesensein als eine „Grundsignatur des ganzen Lebens“ und sagt, dass sie „nicht das Ende der Autonomie ist, sondern eine Grundbedingung, überhaupt zu sein, und somit eine Voraussetzung für Autonomie“ (Maio 2014).

Wünschenswert wäre es, in dieser Angewiesenheit die Würde des Angewiesenen zu respektieren bzw. seine persönliche Autonomie zu erhalten. Das Alter ist nach Maio „eine Erinnerung daran, was der Mensch ist: ein endliches Wesen, das nicht alleine existieren kann“.

Sollte jedoch ein Patient – gleich, ob im irreversiblen Koma oder bei Bewusstsein – unter einer unheilbaren fortschreitenden Erkrankung leiden (auch eine terminale Herzinsuffizienz oder eine „ausgebrannte“ chronisch-obstruktive Bronchitis können von der Prognose her ähnlich infaust sein wie eine Krebserkrankung), wirft dieses Problem nach Jonas (1987) „jenseits dieses Raumes der „Rechte“ die Frage nach der letzthinnigen Aufgabe der ärztlichen Kunst auf …“, die da lautet: „Gehört das bloße, hinauszögernde Zurückhalten vor der Todesschwelle zu den echten Zielen oder Pflichten der Medizin?“, oder wie es Barrazzetti et al. (2011) formulierten: „Life extension – a biomedical goal?“ Jonas meint dazu, dass „selbst eine transzendentale Pflicht zu leben auf seiten des Patienten keine Nötigung zu leben von seiten des Arztes rechtfertigt“. „Das neuartige Phänomen von Patientenohnmacht gekoppelt mit der Macht todesverzögernder Techniken unter öffentlicher Obhut“ verlangt hier nach Jonas nach einer „Verteidigung des Rechtes zu sterben“ (dessen Begründung bei Jonas weiter oben bereits dargestellt wurde) durch eine Besinnung auf die „wirkliche Berufung

der Medizin". Jonas plädiert hier für z.B. eine Schmerzlinderung, die durch ihre Dosierung eine Lebens- und damit Leidensverkürzung in Kauf nimmt. Dies stellt heute z.B. in der Palliativmedizin eine gängige Praxis dar.[9]

Fazit für die Praxis:

- *Ältere Patienten werden in Zukunft zunehmend die Notaufnahmen frequentieren. Dies liegt zum einen am demographischen Wandel und zum anderen an der Zunahme der Multimorbidität.*
- *Ältere Patienten benötigen mehr Zeit bei Anamnese und Untersuchung. Der Kontakt zum Rettungs- und Pflegepersonal sowie zum Arzt ersetzt häufig fehlende Sozialkontakte.*
- *Ältere Patienten bieten häufig wenige oder atypische Symptome, man muss nach ihren Erkrankungen „fahnden". Das zieht einen hohen Aufwand an Diagnostik nach sich, wodurch sich der Aufenthalt dieser Patienten in der Notaufnahme verlängert.*
- *Therapieentscheidungen in Akutsituationen bei älteren Patienten sollten die Grund- und Begleiterkrankungen und deren Prognose sowie Patientenverfügungen bzw. Betreuer mit einbeziehen. Nur eine therapeutische Maßnahme, die medizinisch indiziert ist und dem (aktuell erfragten oder vorausverfügten/mutmaßlichen) Willen des Patienten entspricht, sollte auch durchgeführt werden. Ist eine Maßnahme nicht indiziert, sollte sie auch bei Wunsch des Patienten/der Angehörigen nicht durchgeführt werden (bei Dissens zwischen Betreuern/Angehörigen und dem Behandler ist das Betreuungsgericht einzuschalten).*
- *Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit muss keinen Verlust an Autonomie bedeuten. Erst in der Abhängigkeit von anderen entwickelt sich unser Leben von der Geburt bis zum Tod, sie schafft erst die Voraussetzung für Autonomie. Lassen wir unsere Patienten spüren, dass wir sie trotz Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit mit Respekt behandeln und ihre Autonomie und Würde respektieren.*
- *Lebensverlängerung soll nicht Leidensverlängerung bedeuten. Sollte eine schwere Erkrankung mit hohem Leidensdruck für den Patienten und die Angehörigen bei infauster Prognose bestehen, ist eine Leidensverminderung auch mit Inkaufnahme einer Lebenszeitverkürzung – die ja dann doch nur eine Verkürzung des vorliegenden Leidenszustandes bedeuten würde – ethisch geboten.*

9 Vor diesem Hintergrund erscheint es unverständlich, dass kürzlich ein österreichischer Anästhesist verklagt wurde, weil er einer chronisch schwerkranken Patientin zur Leidensminderung Morphium verabreicht hat – die Morphiumdosis soll nach Ansicht des Gerichts „den Tod herbeigeführt haben" (http://www.salzburg.com/nachrichten/salzburg/chronik/sn/artikel/patientin-starb-droht-salzburger-arzt-mordanklage-168657/).
Es gibt dazu bereits eine Stellungnahme der österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin ÖGERN: http://www.oegern.at/keine-kriminalisierung-der-palliativmedizin-oegern-publiziert-stellungnahme

Literatur

Bäcker G, Naegele G, Bispinck R, Hofemann K, Neubauer J (2010) Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Barazzetti G, Reichlin M (2011) Life extension: a biomedical goal? Scientific prospects, ethical concerns. Swiss Med Weekly 141: w13181

Beauchamp TL, Childress JF (2009) Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York

Bürger M (1960) Altern und Krankheit als Problem der Biomorphose. Georg Thieme Verlag, Leipzig

Bundesärztekammer (2010) Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Dtsch Ärztebl 107: 877–882

Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Ärztebl 108: 346–8

Cernic K, Likar R, Pinter G (2013) Zentrale Notfallaufnahme und zentrale Notaufnahme für ältere Menschen. In: Pinter G, Likar R, Schippinger W, Janig H, Kada O, Cernic K (Hrsg.) Geriatrische Notfallversorgung. Strategien und Konzepte. Springer Verlag, Wien

Grönemeyer D (2003) Mensch bleiben. High-Tech und Herz – eine liebevolle Medizin ist keine Utopie. Herder Verlag, Freiburg-Basel-Wien

Grübler B (2011) Wann soll das Leben zu Ende gehen? Therapiebegrenzung bei infauster Prognose. Dtsch Ärztebl 108(26): 1473–1476

Heidegger M (1993) Sein und Zeit. Max-Niemeyer-Verlag, Tübingen

Helmchen H, Kanowski S, Lauter H (2006) Ethik in der Altersmedizin. (Grundriss Gerontologie, Band 22). Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Heppner HJ, Wiesner R, Schuster S, Thiem U, Christ M, Singler K (2014) Bedeutung der demographischen Entwicklung für die Notfallmedizin. Notfall Rettungsmed 17: 494–499

Hien P, Neubart R, Pilgrim RR (2013) Moderne Geriatrie und Akutmedizin. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg

in der Schmitten J, Rixen S, Marckmann G (2011) Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 1). Geklärte und offene Fragen nach Verabschiedung des Patientenverfügungsgesetzes. Notfall Rettungsmed 14: 448–58

Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P, Simon A, Stopfkuchen H, Valentin A, Weiler N, Neitzke G (2013) Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Med Klin Intensivmed Notfallmed 108: 47–52

Jonas H (1987) Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung. Insel Verlag, Frankfurt am Main

Kettler D (1997) Ethik in der Notfallmedizin: Eine Einführung. In: Mohr M, Kettler D (Hrsg.) Ethik in der Notfallmedizin. Präklinische Herz-Lungen-Wiederbelebung. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg

Klotz J (2013) Steigende Lebenserwartung: Länger gesund oder krank? In: Pinter G, Likar R, Schippinger W, Janig H, Kada O, Cernic K (Hrsg.) Geriatrische Notfallversorgung. Strategien und Konzepte. Springer Verlag, Wien

Köller M (2014) Geriatrische Aspekte bei betagten Notfallpatienten. Notfall Rettungsmed 17: 484–487

Krug H (2009) Der alte Patient: Herausforderungen an die ethische wie fachliche Kompetenz des Arztes. Ethik Med 21: 101–111

Latham LP, Ackroyd-Stolarz S (2014) Emergency Department Utilization by Older Adults: a Descriptive Study. Canadian Geriatrics Journal 17 (4): 118–125

Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L (2010) Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Sektion 10 der Leitlinien zur Reanimation 2010 des European Resuscitation Council. Notfall Rettungsmed 13: 737–44

Lowthian JA, Smith C, Stoelwinder JU, Smith DV, MC Neil JJ, Cameron PA (2013) Why older patients of lower clinical urgency choose to attend the emergency department. Intern Med J 43 (1): 59–65

Maio G (2014) Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit. TRIAS Verlag, Stuttgart

Neitzke G (2014) Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. Med Klin Intensivmed Notfallmed 109: 8–12

Padberg J, Esser A, Lomberg L, Trzeczak S (2014) Ethische Probleme im Umgang mit Reanimation und Patientenverfügung in der Notaufnahme. Ergebnisse einer Onlineumfrage unter den Mitgliedern der DGINA. Notfall Rettungsmed 17: 500–506

Rieger M (2013) Dem Tod entgegenwachsen. Sterben als Abbruch oder Vollendung? In: Bieneck A, Hagedorn H-B, Koll W (Hrsg.) An den Grenzen des Lebens. Theologische, medizinethische und spirituelle Zugänge. Reihe Neukirchener Theologie. Neukirchener Verlagsgesellschaft, Neukirchen-Vluyn

Schippinger W, Langsenlehner U, Muchar H (2013) Somatische Veränderungen im Alter. In: Pinter G, Likar R, Schippinger W, Janig H, Kada O, Cernic K (Hrsg.) Geriatrische Notfallversorgung. Strategien und Konzepte. Springer Verlag, Wien

Schreiber W (2014) Der „alte Notfallpatient". Notfall Rettungsmed 17: 483

Terborg C (2012) Septische Enzephalopathie. Med Klein Intensivmed Notfallmed 107: 629–633

Trzeczak S (2010) Hoffnung und Verantwortung am Lebensende. Heideggers Existenzialontologie in der klinischen Praxis. In: Frewer A, Bruns F, Rascher W (Hrsg.) Hoffnung und Verantwortung – Herausforderungen für die Medizin. Jahrbuch Ethik in der Klinik 3, Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg

Trzeczak S (2013) Ethische Kompetenz und praktische Erfahrung. Dtsch Arztebl 110: 706–707

Trzeczak S (2014) Das medizinisch-ethische Dilemma von Reanimationsentscheidungen bei Notfallpatienten. Notfall Rettungsmed 17: 613–619

Trzeczak S (2015) Der Palliativpatient als Notfallpatient. Med Klin Intensivmed Notfallmed 110(4): 278–286

Tschugg H (2012) Der alte Mensch in der Intensivmedizin. In: Salomon F (Hrsg.) Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Valentin A, Druml W, Steltzer H, Wiedermann CJ (2008) Recommendations on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med. 34: 771–776

Verrel T, Simon A (2010) Patientenverfügungen. Rechtliche und ethische Aspekte. Ethik in den Biowissenschaften – Sachstandsberichte des DRZE 11. Verlag Karl Alber Freiburg/München

Wegscheider K (2012) Gibt es eine Evidenz für medizinische Aussichtslosigkeit? Notfall Rettungsmed 15: 667–670

Weinstein MC, Torrance G, McGuire A (2009) QALYs: The Basics. Value In Health 12: S5–S9

Wiese CHR, Duttge G, Weber AK, Zausig YA, Ruppert D, Hanekop GG, Graf BM (2009a) Notfallmedizinische Betreuung von Palliativpatienten am Lebensende. Juristische Beurteilung notfallmedizinischer Handlungsweisen – retrospektive Fallbetrachtung zur medizinischen Indikation und zum Patientenwillen. Anaesthesist 58: 1097–1106



Dr. med. Stefan Trzeczak, M.A.

Studium der Humanmedizin in Rostock 1992–1998, begleitend Gasthörer am Institut für Philosophie. Facharzt für Chirurgie 2006, Facharzt für Innere Medizin 2012, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin 2010. Berufsbegleitend Absolvierung des Masterstudiengangs „Philosophie im Europäischen Kontext" an der FernUniversität Hagen (Abschluss Master of Arts M.A. 2010). Oberarzt in der Zentralen Notaufnahme des HELIOS Hanseklinikums Stralsund. Gründer und Sprecher der AG „Ethik in der Notfall- und Akutmedizin" der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) und Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Veröffentlichung von Vorträgen, Artikeln und Buchbeiträgen zum Thema Ethik in der Medizin, insbesondere ethische Probleme bei Reanimationen und Entscheidungsfindung am Lebensende.

10 Ethische Konflikte bei Kindernotfällen

Thomas M. Boesing, Tanja Löbbing, Bernhard Kretschmer,
Eckard Hamelmann und Klaus Kobert

10.1 Einführung

Ethische Konflikte bei Notfällen im Kindesalter sind bislang wenig untersucht worden. Die Autoren berichten daher in erster Linie aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung als Kinderärzte und als Klinische Ethiker.

Notfälle können inner- und außerhalb der Klinik vorkommen. Während sie außerhalb der Klinik meistens unvorhersehbar eintreten, ist bei schweren stationären Krankheitsverläufen, beispielweise auf der Intensivstation, eine Notsituation häufig antizipierbar und Bestandteil des Behandlungsverlaufs. Darin begründet sich als wesentlicher Unterschied der beiden Szenarien die vorhandene bzw. fehlende Möglichkeit, vorbereitende Absprachen für den Notfall zu treffen.

10.2 Außerklinische Notfälle

Der Notarzt wird in der Regel zu einem akut eingetretenen Ereignis gerufen, welches zuvor nicht absehbar war. Typische Beispiele sind Verkehrs-, Verbrühungs- und Ertrinkungsunfälle sowie Vergiftungen und hochakute Erkrankungen wie Fieberkrämpfe oder Septikämien. Gelegentlich wird er vielleicht auch eine Geburt betreuen müssen oder zu einem plötzlichen Kindstod gerufen. Im notfallmedizinischen Kontext muss immer zumindest eine medizinische Screeninguntersuchung erfolgen, die auch integraler Bestandteil in den Versorgungsalgorithmen der Reanimationsabläufe des Advanced Trauma Life Support (ATLS) und des European Pediatric Life

Support (EPLS) ist. Im besten Interesse des Kindes erfolgt dann, gegebenenfalls auch ohne elterliche Einwilligung, jede lebenswichtige oder nicht ohne wesentlichen Schaden für den Patienten aufschiebbare Therapie. Diese darf keinesfalls vorenthalten oder verzögert werden, nur weil die elterliche Zustimmung nicht eingeholt werden kann. Jede weitere nicht unmittelbar lebenserhaltende Diagnostik und Therapie bedarf dann aber zwingend einer elterlichen Aufklärung und Zustimmung oder deren Ersetzung durch einen familiengerichtlich bestellten Ergänzungspfleger oder Vormund.

Bei der Durchführung risikoreicher Maßnahmen in der Notfallversorgung erwachsener Patienten, wie beispielsweise der endotrachealen Intubation, ist der darin **unerfahrene Notarzt** eher zurückhaltend (Adams u. Flemming 2015). Bei der Versorgung von Kindern bekommt dieser Aspekt wahrscheinlich eine umso größere praktische Relevanz, da viele Notärzte in der Behandlung von Kleinkindern und Säuglingen auch in der Durchführung von Basismaßnahmen, wie der Anlage eines venösen Zugangs, unerfahren sind. Dieses Kompetenzdefizit kann in solchen Fällen zu nicht-adäquaten Handlungen bei der Erstversorgung führen.

Der pädiatrisch unerfahrene Notarzt sieht sich in jedem Fall mit einer ihn belastenden Situation konfrontiert. Er muss unter Zeitdruck zwischen den aktuellen medizinischen Bedürfnissen des Kindes und seinen persönlichen Fähigkeiten abwägen, um so den Weg des geringsten Schadens bei gleichzeitig maximal durch ihn persönlich erreichbarem Nutzen zu beschreiten.

Dieses Dilemma lässt sich vor Ort selten auflösen, da weder ein erfahrener Kollege zeitnah hinzugezogen, noch der Kompetenzzuwachs kurzfristig erreicht werden kann. Daraus können erhebliche psychische Belastungen für den Notarzt resultieren.

Verstärkt wird die Situation durch die Anwesenheit naher Patientenangehöriger, die ihr Kind einer akuten Bedrohung ausgesetzt sehen. Nicht immer sind zu ihrer Betreuung hinreichende personelle Ressourcen unmittelbar verfügbar. Die Versorgung des Kindes selbst bindet, schon wegen der Seltenheit dieser kindlichen Notsituationen, meist alle vorhandenen Rettungskräfte.



Im unvorhergesehenen Notfall besteht immer zunächst eine Verpflichtung zum Lebenserhalt.

10.3 Innerklinische Notfälle

Bei Kindern, die sich in stationärer Behandlung befinden, sind die selten auftretenden schwerwiegenden und vital bedrohlichen Notfallsituationen häufig vorhersehbar. Kritische Lebenslagen, die mit einer Atem- oder Kreislaufinsuffizienz einhergehen, bahnen sich im Verlauf einer Erkrankung meistens an. Hier sind insbesondere Intensivpatienten zu nennen, bei denen nach längerer Therapie lebensgefährliche Komplikationen auftreten, wie z.B. schwere Septikämien. Hier kann und sollte aber im Vorfeld eine strukturierte Entscheidungsfindung durch geeignete Verfahren erfolgen:

In regelmäßig durchgeführten **Ethik-Visiten** werden Fragestellungen zu einzelnen Patienten im Team zusammen mit einem Klinischen Ethiker erörtert (Kobert u. Löb-

bing 2013). Unter Berücksichtigung von Prognose, Indikationsstellung und Elternpositionen werden Anregungen und Empfehlungen erarbeitet, die durch die juristisch Verantwortlichen, nämlich den behandelnden Arzt und die Erziehungsberechtigten, in Anordnungen umgesetzt und schriftlich fixiert werden sollten. Diese legen dann für den Notfall Therapieziele und -einschränkungen, wie Anordnungen eines Reanimationsverzichts oder bestimmter Medikationen, fest. Derartige Ethik-Visiten werden im Ev. Krankenhaus Bielefeld zunehmend von unterschiedlichen Stationen nachgefragt, so auch von der Pädiatrischen Intensivstation. Dort wurden im Jahr 2014 an 16 Terminen Ethik-Visiten durchgeführt; dabei wurden 29 Fälle besprochen. Vorrangig ging es um das Therapieziel (41,4%; 12 von 29) und um die konkrete Ausgestaltung der Behandlung (20,7%; 6 von 29). Empfohlen wurde in 17,2% der besprochenen Fälle ein palliatives Vorgehen (5 von 29), in 10,3% (3 von 29) sollte zunächst der Verlauf abgewartet bzw. die Therapie auf gleichbleibendem Niveau fortgesetzt (6,9%, 2 von 29) werden. Die Aufnahme einer Maximaltherapie sowie weitere Kommunikation mit Eltern und Behandlungsteam waren in je 6,9% (2 von 29) die im Rahmen einer ethischen Visite empfohlene Vorgehensweise.

Zusätzlich zu diesen für das gesamte Kalenderjahr im Vorhinein festgelegten Visitenterminen finden bei Bedarf auf Anforderung kurzfristig anberaumte **Ethik-Fallgespräche** zu einem konkreten Kind statt (Kessler-Weinrich 2015). Von Januar 2006 bis einschließlich Dezember 2014 fanden 58 Ethik-Fallgespräche im Kinderzentrum statt. Sie werden ebenfalls in multidisziplinärer Besetzung durchgeführt, die Teilnahme der Eltern ist bei diesem Format der Ethikberatung ausdrücklich gewünscht. In dem benannten Zeitraum nahmen in über einem Drittel der Gespräche (37,9%; 22 von 58) Eltern daran teil. Die Fallgespräche dauern im Mittel etwas mehr als eine Stunde (64 ± 25 Min.) und werden ausführlich protokolliert. Resultierende Anordnungen bezüglich der weiteren Behandlung werden routinemäßig auf dem Formular „Empfehlungen zum Vorgehen in Notfallsituationen" (Rellensmann u. Hasan 2009) getroffen. Dadurch werden Transparenz und Informationsweitergabe gefördert. Diese Praxis der vergangenen zehn Jahre hat gezeigt, dass diese Vorgehensweise in mehrfacher Hinsicht hilfreich ist. Ihre Evaluation ergab, dass diese Art der Entscheidungsfindung in den allermeisten Fällen von den Mitarbeitenden im Nachhinein als für das Kind angemessen und für das Team hilfreich eingestuft wird. Die Empfehlungen der Fallgespräche wurden in der Regel umgesetzt.

Die Unterscheidung zwischen präklinischem und klinischem Notfall ist nur grob orientierend und richtungsweisend. Selbstverständlich trifft auch ein Notarzt auf Kinder mit einem schweren langjährigen Verlauf einer lebenslimitierenden Erkrankung. Hier wäre, wie im Krankenhaus, vorab eine differenzierte Entscheidungsfindung bezüglich der Therapie mit entsprechender Dokumentation als Richtschnur für den Notarzt angezeigt.

Gleichwohl kann in der Klinik eine Notsituation völlig unvorhergesehen entstehen, sodass auch hier zunächst die Verpflichtung zum Lebenserhalt durch therapeutisches Handeln besteht. Eine sorgfältige Abwägung, ob dieses Vorgehen zum Wohle des Kindes war, ist hier, wie auch in der präklinischen Situation, erst im Nachhinein möglich. Sollte sich dabei zeigen, dass diese Prämisse nicht mehr zutrifft, weil die begonnene Behandlung beispielsweise nicht mehr indiziert ist, müssen die eingeleiteten Schritte zurückgenommen werden.

Ethik-Visiten und Ethik-Fallgespräche können in schwierigen Situationen für alle Beteiligten Hilfe und Unterstützung bieten.

Bei absehbaren gesundheitlichen Krisen sollte mit den Mitteln der strukturierten ethischen Entscheidungsfindung wie Ethik-Visiten und Ethik-Fallgesprächen das therapeutische Vorgehen in verantwortungsvoller Weise abgestimmt werden.

10.4 Pädiatrische Entwicklungsphasen

Patienten jeden Alters begegnen Ärzte und Pflegende mit dem Wunsch, ihnen therapeutisch zu helfen (Benefizienz), ihnen nicht zu schaden (Nonmalefizienz), die Behandlungsmöglichkeiten unter ihnen gerecht zu verteilen (Gerechtigkeit) und ihnen auch zur Seite zu stehen (Fürsorge und Würde), besonders dann, wenn die Behandlungsteams zu einer Heilung nicht mehr verhelfen können (DAKJ 2007).

Einzig der Aspekt der Patientenautonomie (Beauchamp u. Childress 2012) aber ist in der Pädiatrie entsprechend des individuellen Entwicklungsstands des Patienten differenziert zu betrachten. So werden zunächst die Entwicklungsphasen eines Kindes hin zu einem Erwachsenen beleuchtet, um die Voraussetzungen für eine autonome Entscheidung zu verstehen.

Die kindliche Entwicklung kann in ihren verschiedenen Phasen häufig interpersonell vergleichbar, aber oft auch mit sehr hoher Variabilität verlaufen. Daran angepasst muss es deshalb eine individuelle entwicklungsentsprechende Prüfung der Einwilligungsfähigkeit als Voraussetzung zur **Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts** bei ethischen Fragestellungen im Kindesalter geben. Während ein Neugeborenes und auch ein Säugling noch völlig abhängig von elterlicher Betreuung sind und die Eltern auch im weiteren Kindesalter eine stellvertretende Entscheidungsfindung vornehmen, wird der Jugendliche, aber auch das mit seinem chronischen Erkrankungsbild schon seit Jahren vertraute Schulkind, ein hohes Maß an selbstbestimmter Entscheidung (Autonomie) mittragen wollen und können.

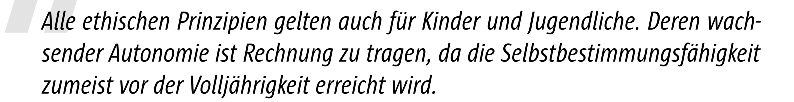
Als Neugeborenes verfügen wir über Flucht- und Schutzreflexe, trinken und schlafen. Der Wahrnehmungshorizont wächst im ersten Lebensjahr immens. Mit etwa acht Wochen belohnen wir unsere Eltern mit dem ersten sozialen Lächeln und erkunden dann von Monat zu Monat mit wachsenden motorischen Kompetenzen zunehmend unsere Umwelt. Der Säugling verdreifacht im ersten Lebensjahr sein Körpergewicht, die Proportionen ändern sich auch in den folgenden Jahren erheblich. Von den früh beobachtbaren bewussten Handlungen des Säuglings (0–1 Jahre) hin zum Erkennen einfacher Zusammenhänge schon beim Kleinkind (1–3 Jahre), kann das Kindergartenkind (3–5 Jahre) mit seinen „Warum“-Fragen bereits konkrete Kausalitäten erfassen. Parallel zur schulischen Entwicklung entfaltet sich, ausgehend von der zunächst sehr egozentrischen Wahrnehmung des Kleinkindes, eine wachsende Denkfähigkeit, die bereits dem Grundschulkind (6–9 Jahre) ein „Grund-Folge-Denken“ ermöglicht. Ein älteres Schulkind (10–13 Jahre) und mehr dann auch ein Jugendlicher (14–17 Jahre) verfügt mit seinem zunehmenden Abstraktionsvermögen in aller Regel schon über eine gute Einsichtsfähigkeit in grundlegende medizinische Sachverhalte, sodass hier von einer zunehmenden Mitsprache- und Selbstbestimmungskompetenz in medizinischen Belangen auszugehen ist.

Deshalb flacht etwa nach dem 14. Lebensjahr bis zum Zeitpunkt der vollen „Heranreifung“ das dreieckige Beziehungsgeflecht, in dem bis dahin in der Pädiatrie zwischen dem Patienten und dem Arzt noch die Eltern als Träger der Entscheidung stehen, immer mehr zu einer zweiseitigen Behandlungsbeziehung ab. Der autonome Jugendliche hat damit auch ein Recht auf volle Aufklärung über seine gesundheitliche Situation auch gegen den Wunsch seiner Eltern, wie es in manchen palliativen Therapiesituationen angetroffen wird. Wann letztlich eine volle Einsichtsfähigkeit gegeben ist, ist nach der Auffassung des Bundesgerichtshofes nicht so sehr eine Frage des erreichten nummerischen Alters, als vielmehr eine Frage der „geistigen und sittlichen Reifung“ (grundlegend BGH NJW 1959, 811). Ist diese gegeben, dann erreicht der Jugendliche die volle Einwilligungsfähigkeit in allen medizinischen Belangen bereits vor Erreichen seiner vollen Geschäftsfähigkeit mit 18 Jahren. Er kann dann unter Umständen sogar eine Schweigepflicht des Arztes gegenüber seinen Eltern einfordern.

Auf den Heranwachsenden (18–20 Jahre) wiederum kann im Falle einer Straffälligkeit bei einem erkennbaren Reifungsdefizit noch das mildere Jugendstrafrecht angewendet werden. Das hat aber für die Frage der vollen Einwilligungsfähigkeit des Heranwachsenden keine Bedeutung.

10.5 Autonomie bei Kindern und Jugendlichen

Da jede ärztliche Handlung, die mit einem Eingriff in die körperliche Integrität verbunden ist, formaljuristisch den Tatbestand einer Körperverletzung erfüllt, erhält sie erst durch die Einwilligung nach sachgerechter Aufklärung ihre Legitimation. Hauptakteure der Einwilligung sind in der Pädiatrie in aller Regel die Eltern, bei schweren Eingriffen sogar zwingend beide Elternteile. Nach der Dreistufentheorie werden Routinefälle, bei denen die Einwilligung eines begleitenden Elternteils ausreichend ist, von mittelschweren Eingriffen mit „nicht unbedeutenden Risiken“ unterschieden, bei denen die Verpflichtung des Arztes besteht, nach der Autorisierung des erschienenen Elternteils hinsichtlich der gemeinsam erforderlichen Zustimmung zu diesem Eingriff zu fragen. Bei außergewöhnlich schwierigen Eingriffen muss sich der Arzt Gewissheit verschaffen, dass der nicht erschienene Elternteil mit der Vornahme des Eingriffs einverstanden ist (Harder 2004) und dies auch dokumentieren.



Alle ethischen Prinzipien gelten auch für Kinder und Jugendliche. Deren wachsender Autonomie ist Rechnung zu tragen, da die Selbstbestimmungsfähigkeit zumeist vor der Volljährigkeit erreicht wird.

10.5.1 Die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen

Bei ethischen Entscheidungsfindungen sind die Präferenzen des Patienten bezüglich einer Behandlungsoption von herausragender Bedeutung. Medizinische Maßnahmen dürfen nicht gegen den Willen eines einwilligungsfähigen Menschen durchgeführt werden. Dem Respekt vor der **Patientenautonomie** eines voll urteilsfähigen Erwachsenen kommt eine besondere, den anderen Prinzipien, insbesondere auch dem der Benefizienz vorgeordnete Rolle zu. Als Kennzeichen einer selbstbestimmten Ent-

scheidung, beispielsweise zur Erlangung eines „informed consent", muss also eine hinreichende bereichsbezogene Urteilsfähigkeit nach vollumfänglicher Aufklärung gefordert sein, bei der auch alle Aspekte und Konsequenzen einer Behandlung oder Nichtbehandlung verstanden worden sein müssen.

Jugendliche sollten entsprechend ihres Reifezustandes aufgeklärt werden, wobei sie bezüglich einer konkreten Therapie durchaus einwilligungsfähig sein können. Der Frage nach der **Einwilligungsfähigkeit** dieser Patienten kommt somit eine hohe Bedeutung zu. Immerhin kann sich der autonom entscheidende Erwachsene mit voller Kompetenz und Urteilsfähigkeit nach erfolgter ausführlicher Aufklärung, die alle Konsequenzen eines Für und Wider einer Entscheidung mit berücksichtigt, sogar gegen eine klar indizierte medizinische Maßnahme entscheiden. Allerdings setzt insbesondere die Ablehnung einer medizinisch indizierten Maßnahme ein weit höheres Urteilsvermögen voraus als die Einwilligung (Harder 2004). Hier liegt aber die Grenze der Entscheidungsfähigkeit für die autonome Entscheidung eines Jugendlichen (Royal College of Paediatrics and Child Health 2004). Der Arzt sollte sich in diesem Fall besonders bemühen, die Eltern in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen, um auch mit diesen eine konsensuelle Entscheidung herbeizuführen.

> *Konsensuelle Entscheidungsfindung bleibt auch im Dreiecksverhältnis zwischen Patient, Eltern und Arzt im wohlverstandenen Interesse des Kindes ein wichtiges Ziel.*

Dem Jugendlichen kommt also ein stufenweises Mitspracherecht zu. Als Anhalte für eine hinreichende sittliche Reife zu einer autonomen Entscheidungsfähigkeit können dabei insbesondere gelten, dass der Patient bereits im eigenen Haushalt wohnt, schon verheiratet ist oder bereits eigene Kinder hat (American Academy of Pediatrics [AAP] 2011)

Es gibt sicher eine unterschiedliche Einsichtsfähigkeit des einzelnen Jugendlichen zu unterschiedlichen Fragestellungen. Die Erkundung und Beurteilung der Einsichtsfähigkeit des unmündigen Patienten ist dabei Aufgabe des Arztes und muss in jedem Einzelfall von diesem dokumentiert werden. Es ist wenig hilfreich, einen nicht einsichtsfähigen Patienten nach der „Erlaubnis" zu einer medizinischen Maßnahme zu fragen, wenn bei einer zu erwartenden Ablehnung nicht auf diesen Wunsch eingegangen werden kann. Was wird das Grundschulkind antworten, wenn bei ihm die Durchführung einer Lumbalpunktion geplant ist?

Obwohl in solchen Situationen der natürliche Wille nicht zur Leitschnur des Handelns gemacht werden kann, müssen die Behandelnden auch diesem Kind an seine Einsichtsfähigkeit angepasst die erforderlichen Maßnahmen erklären, um möglichst eine Duldung („informed assent") zu erreichen (Steurer u. Berger 2012). Für die klinische Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten bedarf es schon bei Schulkindern auch deren Einwilligung (neben jener der Eltern), was eine altersgerechte Aufklärung verlangt.

> *Dem Grad der Entscheidungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen kommt eine zentrale Bedeutung zu.*

10.5.2 Der Umgang mit der Schweigepflicht und das Wohl des Kindes

Die Schweigepflicht des Arztes kommt auch gegenüber den Eltern eines einsichtsfähigen Patienten zum Tragen, so z.B. typischerweise für die Behandlung von mit Schwangerschaft assoziierten Erkrankungen, Antikonzeption, Drogenerkrankungen, sexuell übertragener Erkrankungen und auch psychischer Probleme.

In den seltenen Fällen eines nicht auszuräumenden Dissenses zwischen den Eltern und dem behandelnden Arzt besteht für diesen unter Wahrung der Verhältnismäßigkeit bei einem objektiv erkennbaren Verstoß gegen die Sorgepflicht der Eltern nicht nur ein Behandlungsrecht, sondern vielmehr eine eigenständige Behandlungspflicht. Bestehen die Sorgeberechtigten auf die Realisierung von Vorstellungen, die einen groben Verstoß gegen das Wohl des Kindes bedeuten, muss der Arzt auf eine familiengerichtliche Entscheidung hinwirken (Dierks et al. 1995). Eltern sind aber auch im Unterschied zu Betreuern in ihrer Entscheidung, z.B. in religiösen und weltanschaulichen Belangen, so lange nicht an den vermeintlichen Willen des Patienten – ihres Kindes – gebunden, wie sie nicht offenkundig gegen das „Kindeswohl“ verstoßen. Denn dieses Kindeswohl zu interpretieren, obliegt zunächst einmal ihrem Recht und ihrer Pflicht (§ 1626 BGB, Art. 6 GG), wobei sie auf die wachsende Selbstbestimmungsfähigkeit ihres Kindes Rücksicht nehmen müssen (§ 1626 Abs. 2 BGB). Die Beachtung dieser „Wohlschranke“ bemisst sich vor allem nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, wobei der staatlichen Gemeinschaft nur eine Wächterfunktion zukommt.

10.5.3 Patientenverfügungen und einwilligungsfähige Minderjährige

Wenn ein ehemals einwilligungsfähiger Erwachsener in einer momentanen Lebenslage nicht mehr fähig ist, seinen Willen zu bilden oder zu äußern, müssen die behandelnden Ärzte und sein gesetzlicher Vertreter trotzdem – soweit möglich – sein Recht auf Selbstbestimmung wahren, wie dies zum Beispiel durch die Heranziehung einer zuvor erstellten Patientenverfügung geschieht. Der darin niedergelegte Wille bzw. die darin festgelegten Behandlungswünsche müssen beachtet werden. Indem der volljährige Patient in einwilligungsfähiger Situation seinen Willen schriftlich fixiert, nutzt er die Möglichkeit, seiner Souveränität auch im Zustand einer zukünftigen **Einwilligungs*un*fähigkeit** Geltung zu verschaffen.

Für einen minderjährigen, aber einwilligungsfähigen Patienten existiert dieses Mittel zur Wahrung seiner Autonomie in Deutschland derzeit nicht. Die rechtlichen Regelungen zur **Patientenverfügung** sind vor allem in § 1901a BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) und damit im Betreuungsrecht angesiedelt. Voraussetzung für die Erstellung einer Patientenverfügung ist daher neben der Einwilligungsfähigkeit auch die Volljährigkeit des Verfügenden. Darin liegt eine Benachteiligung einwilligungsfähiger, aber noch minderjähriger Patienten gegenüber Patienten, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben. Dass der aktuell ausgedrückte Wille eines einwilligungsfähigen Jugendlichen für den Arzt rechtsverbindlich ist, nicht aber sein prospektiver (verfügter) Wille, überzeugt normativ nicht.

Die von der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) geforderte diesbezügliche Korrektur der Rechtslage ist daher zu unterstützen (DAKJ 2014). Zurzeit ist eine denkbare Alternative zur Erstellung einer Patientenverfügung die Ab-

fassung einer antizipativen Behandlungsverfügung, die vom minderjährigen Patienten und seinen Eltern gemeinsam erstellt und unterzeichnet wird. Ein solches Dokument erlangt aber nicht die rechtliche Verbindlichkeit einer Patientenverfügung.

Eine antizipative Behandlungsvereinbarung, die von dem minderjährigen, aber einsichtsfähigen Patienten gemeinsam mit seinen Eltern erstellt wird, hat nicht die rechtliche Verbindlichkeit einer Patientenverfügung, kann aber den Willen des Minderjährigen gut abbilden und behandlungsleitend sein.

10.6 Der notfallmedizinische Einsatz und besondere pädiatrische Notfallsituationen

Der **Tod von Kindern und Jugendlichen** (0–17 Jahre) ist zu einer Seltenheit geworden, obwohl diese in unserer Gesellschaft etwa 20% der Bevölkerung stellen. Weniger als 2% aller Todesfälle entfallen auf diese Altersgruppe (AAP 2014). Noch vor einem Jahrhundert stellten die Todesfälle von Kindern unter fünf Jahren dagegen noch etwa 30% aller Todesfälle. Diese Zahlen belegen, wie selten der Tod eines Kindes sich heutzutage in westlichen Industrienationen ereignet und wie sehr er zu einer singulären Tragödie und einem niemals erwarteten Ereignis geworden ist, anders als der Tod älterer Angehöriger. An großen pädiatrischen Notfallaufnahmen ereignet sich der Tod eines Kindes nur etwa bei einer von 15.000 Notfallkonsultationen (AAP 2014). Dies zeigt aber auch, wie selten ein solches Ereignis für jeden professionellen Helfer, selbst für den vornehmlich pädiatrisch Arbeitenden geworden ist. Gleichzeitig ist die Zahl von Notfallmedizinern mit einer großen Erfahrung im Umgang mit Todesfällen in dieser Altersgruppe ebenfalls klein.

Jede notfallmedizinische Versorgung stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Nach besonders belastenden Einsätzen ist eine **nachbereitende Besprechung** des Ablaufes in nahem zeitlichem Abstand im multidisziplinären Kreis der beteiligten Helfer sinnvoll. Hier sollten die lückenlose Dokumentation der Abläufe sowie die Bewertung derselben und die Rolle jedes Beteiligten in der Rückschau besprochen und gewürdigt werden. Diese Gespräche, gegebenenfalls im Rahmen einer Supervision, dienen der persönlichen Verarbeitung, erhöhen die Identifikation jedes Einzelnen mit dem Team und tragen zu einem strukturierteren Ablauf zukünftiger Notfalleinsätze bei.

10.6.1 Geburt und Frühgeburtlichkeit

Zwar erfolgt in Deutschland, anders als in anderen Nachbarstaaten (z.B. in den Niederlanden), die bei weitem überwiegende Zahl aller Geburten im Krankenhaus, aber gelegentlich wird auch ein Notfallteam mit einer Geburtssituation außerhalb der Klinik konfrontiert. Das sind neben plötzlichen Gefährdungssituationen bei geplanten Hausgeburten auch rasch eintretende Geburtsbestrebungen bei bekannten, meist gut kontrollierten Schwangerschaften. Zum anderen gibt es in seltenen Fällen Schwangere, die gegenüber ihrer Umwelt die Schwangerschaft verbergen oder diese tatsächlich gänzlich nicht bemerkten, sodass die Frau dann plötzlich und unvorbereitet in eine Geburtssituation gerät.

Eine komplikationslose Geburt ist für alle Beteiligten ein freudiges Ereignis, wenn die Natur ihren Verlauf von alleine nimmt. Dann bedarf das Neugeborene vor allem der mütterlichen Wärme in direktem Hautkontakt und beide einer weiteren fachgerechten Betreuung in der nächstgelegenen Geburtshilfe. Ist die Geburt als solche aber noch nicht beendet, ergibt sich für alle meist völlig untrainierten Beteiligten eine potenziell gefährliche Sachlage, der man so effektiv wie möglich mit einer Verzögerung des Geburtsverlaufes entgegentreten sollte.

Immer ist in dieser Situation, in der außerklinisch eine genauere Zustandsbeurteilung des Feten nicht möglich ist, der intrauterine Transport des ungeborenen Kindes in die nächstgelegene geburtshilfliche Klinik zu bevorzugen. Von hier aus wird nach gynäkologischer Bewertung des Geburtsverlaufes gegebenenfalls der sekundäre intrauterine Transport in das zugeordnete Perinatalzentrum veranlasst oder das neonatologische Notfallteam bei nicht mehr zu verhindernder Geburt in diese Geburtsklinik hinzugerufen.

Wenn die Geburt außerklinisch nicht zu verhindern ist, hat der Notarzt fortan zwei Patienten, um die er sich kümmern muss. Er sollte deshalb auch mit den Grundzügen der neonatalen Adaptation, ihren Störungen und auch mit den Grundzügen der neonatalen Reanimation vertraut sein. In der extremen Situation einer unmittelbar vitalen Bedrohung von Mutter und Kind (z.B. atone Uterusblutung und Asphyxie des Neugeborenen) gilt möglicherweise aus anthropologischen und moralischen Gründen das primäre Reanimationsbestreben der Mutter, nicht aber aus rechtlichen, denn hier besteht eine Gleichwertigkeit menschlichen Lebens, was dem Arzt von Rechts wegen die Entscheidung überlässt, welche der kollidierenden Pflichten gleichen Ranges er erfüllt.

Eine sekundäre Hinzuziehung des regional zuständigen neonatalen Notarztteams sollte in jedem Falle und so früh wie möglich erfolgen, wenn die Geburt im außerklinischen Kontext nicht mehr verhinderbar ist. Bis zum Eintreffen des Neonatologen erfolgt die Unterstützung des Neugeborenen nach den Richtlinien des Newborn Life Support (NLS). Eine Entscheidung über den Abbruch nicht erfolgreicher Reanimationsmaßnahmen sollte nur mit dem sekundär hinzugerufenen **neonatologischen Notfallteam** gemeinsam gefällt werden.

Nur so ist größtmögliche Sicherheit gegeben, dass eine sachgerechte Versorgung bei jeder Bedrohungssituation von der Frühgeburtlichkeit, über den Umgang mit einer kindlichen Asphyxie bis hin zur Versorgung sich abzeichnender Erkrankungen oder eventuell vorhandener Fehlbildungen stattfindet und damit das Notfallteam insgesamt von späteren inneren oder äußeren Vorwürfen geschützt ist.

Mit der besonderen Versorgungssituation von extrem unreifen „Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit“ befasst sich auch die neue Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), die die Beratung mit den Eltern in den Vordergrund stellt (AWMF 2014). Dieses „shared decision making“ setzt eine enge Einbindung der Eltern voraus, die „in interdisziplinären Beratungsgesprächen in die dann gemeinsam zu findende und zu tragende Entscheidung“ einbezogen werden. Dies erfolgt „bei veränderter Befundlage auch in kurzen Abständen wiederholt“ und ist „nach Teilnehmern, Zeitpunkt und Inhalt zu dokumentieren“.

In der Klinik wird das unreife Frühgeborene jedoch zum ethischen Notfall, wenn nicht im Vorfeld diese multidisziplinären Gespräche mit den Eltern zur Verabredung einer klaren Vorgehensweise unter und nach der Geburt geführt worden sind.

> *Besonders am Beginn des Lebens kann es zu dramatischen Ereignissen kommen. Wenn der Gesundheitszustand des Kindes das Auftreten von peripartalen Komplikationen vermuten lässt, ist es wichtig, dass sich das Behandlungsteam gemeinsam mit den Eltern rechtzeitig über mögliche Grenzen in der Therapie verständigt.*

10.6.2 Plötzlicher Kindstod

Der plötzliche Kindstod (sudden infant death syndrome [SIDS]) ist noch immer nicht ursächlich erklärbar. Dieses Phänomen ist aber zumindest ätiologisch eingrenzbar und stellt eine Ausschlussdiagnose dar, die sich erst nach sorgfältiger Anamnese und gründlicher postmortaler Untersuchung, die keine andere diagnostizierbare Todesursache zeigt, stellen lässt (Jorch u. Poets 2014). Durch intensive epidemiologische Studien konnten in den letzten Jahrzehnten einige prägnante Risikofaktoren identifiziert werden. Groß angelegte Präventionsmaßnahmen mit mehreren nationalen und internationalen Aufklärungskampagnen zu Säuglingspflegepraktiken waren darüber hinaus geeignet, die Inzidenz von SIDS in vielen westlichen Nationen um mehr als 50–70% zurückzudrängen. Die Diagnose führt aber noch immer die Liste der Todesursachen von Kindern jenseits der Neugeborenenperiode vor den Unfällen im Verkehr und Haushalt und malignen und selten infektiösen Erkrankungen an.

Wenn ein Notarztteam zu einem solchen Vorfall alarmiert wird, ist der Tod des Patienten meist schon vor längerer Zeit eingetreten. Wenn die Eltern oder andere eine Laienreanimation begonnen haben, wird das Team diese als solche zunächst einmal übernehmen und fortführen. Lassen sich hingegen schon primär oder im Verlauf einer zunächst begonnenen Reanimation sichere Zeichen des schon eingetretenen Todes erkennen, wird das Team vor Ort den eingetretenen Tod bereits am Ereignisort bescheinigen.

Allein aus dem Fehlen von Return Of Spontaneous Circulation (ROSC) darf aber andererseits auch unter laufenden Reanimationsbemühungen nicht immer zweifelsfrei der schon unumkehrbar eingetretene Tod konstatiert werden. Es ist daher völlig legitim, auch in dieser Situation sekundär, über die Feuerwehrleitstelle, das pädiatrische Notfallteam zu einer gemeinsamen Entscheidung hinzuzuziehen oder bei größeren Distanzen einen Transport unter Fortführung einer kardiopulmonalen Reanimation (Cardiopulmonary Resuscitation [CPR]) in die nächstgelegene klinische Notaufnahme vorzunehmen. Dies gilt umso mehr, je unerfahrener das Team vor Ort mit dieser Situation ist. In Ländern, in denen zu großen Teilen die primäre Rettung von paramedizinischen Diensten vorgenommen wird, trifft man häufiger auf ein solches Vorgehen, weil sich diese Rettungsteams mit der Feststellung des Todes bei einem Kind noch schwerer tun als bei einem Erwachsenen (AAP 2014). Im notärztlich strukturierten deutschen Rettungswesen wird überwiegend der eingetretene Tod bereits im häuslichen Kontext attestiert und mit Reanimationsmaßnahmen gar nicht erst begonnen.

Es kommt deshalb schon dem primären Notfallteam unter Zuhilfenahme der **psychosozialen Notfallversorgung** (PSNV) die Aufgabe zu, den Eltern diese Todesnachricht zu vermitteln. Hierbei sind eine klare, ruhige Sprache wichtig sowie die eindeutige

Erklärung, dass das Kind tot ist. Die Form dieser Vermittlung der Todesnachricht ist extrem wichtig und sollte im Bewusstsein erfolgen, dass die Eltern in all ihrer Ohnmacht diese Situation nie vergessen werden.

In der sorgfältigen Dokumentation kommt der gründlichen Anamnese und der Auffindungssituation eine große Bedeutung zu, bildet sie doch mit der sich dann notwendigerweise anschließenden Obduktion die Grundlage für die Einordnung dieses Todes als SIDS.

Das Notfallteam sollte mit ruhigen und vermittelnden Worten den Eltern auch die erforderliche Ermittlung durch die Polizei nahe bringen. Es ist wichtig zu betonen, dass dies nicht Ausdruck irgendeines Misstrauens ist, sondern ebenso zu ihrer Entlastung geschieht, wie die in Deutschland bei unklaren Todesfällen in den ersten zwei Lebensjahren von der zuständigen Staatsanwaltschaft wohl immer angeordnete Obduktion des Kindes.

Es sollten die Eltern unbedingt Gelegenheit bekommen, sich von ihrem verstorbenen Kind verabschieden zu können, auch wenn der Leichnam von der Polizei in Beschlag genommen wird.

Zur unmittelbaren Mitbetreuung dieser Verlustsituation sollten der zuständige Kinderarzt und der Hausarzt der Familie informiert werden. Diese können in der Nachbetreuung nach Abschluss des Ermittlungsverfahrens dann das rechtsmedizinische Gutachten anfordern und mit den Eltern dieses Ergebnis besprechen, um ihnen abschließend alle Schuldgefühle nehmen zu können.

Schließlich sollte den Eltern rasch eine Kontaktaufnahme mit anderen betroffenen Eltern, z.B. über die Selbsthilfegruppe Gesellschaft zur Erforschung des plötzlichen Säuglingstodes (GEPS, Elterninitiative plötzlicher Säuglingstod), ermöglicht werden.

Dem retrospektiven Teamgespräch im multidisziplinären Helferkreis kommt eine zentrale Bedeutung in der langfristigen und nachhaltigen Verarbeitung einer Notfallsituation mit Blick auf die emotionale Stabilität jedes Einzelnen und die kontinuierliche Verbesserung des zukünftigen Prozessablaufes zu.

10.6.3 Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung

Zählt man alle Formen von körperlicher, sexueller und seelischer Kindesmisshandlung zusammen, dann erfahren nach Schätzungen möglicherweise 10% aller Kinder eine solche Form meist wiederholter Gewalt, zumeist durch nahe Angehörige. Das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung ist jedoch seit 2000 gesetzlich im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert (§ 1631 Abs. 2 BGB).

Gerade im notfallmedizinischen Einsatz werden Kinder immer wieder mit Verletzungen vorgestellt, die auf unerklärlichem Wege eingetreten sind oder für die völlig unstimmige oder rasch wechselnde Erklärungen angeführt werden. Es sind vor allem Kinder unter vier Jahren, die hierbei das höchste Risiko für tödliche Misshandlungen tragen.

Es sollten alle im Notfallwesen arbeitenden Mitarbeiter über anamnestische Besonderheiten und körperliche Untersuchungsbefunde bei Misshandlungen ausgebildet

sein. Diese bilden häufig die Grundlage für eine Anfangsvermutung, der durch eine sorgfältige Anamnese und eine eingehende vollständige körperliche Untersuchung nachgegangen werden sollte. Wenn Verletzungen bei einem Säugling oder Kleinkind beobachtbar sind, die sich dieses schlechterdings nicht selbst zugefügt haben kann, wie z.B. symmetrische strumpfartige Verbrühungen an den Extremitäten, kreisrunde Brandwunden durch ausgedrückte Zigaretten auf der Haut des Kindes oder Hämatome als Negativabdruck einer Hand, gilt es, diese Alarmzeichen ernst zu nehmen. Häufig findet sich eine inadäquat lange Latenz zwischen Verletzung und erster klinischer Vorstellung. Gelegentlich werden bei der detaillierten klinischen Untersuchung weitere **Verletzungszeichen** entdeckt. Auch werden häufig unterschiedliche Ärzte aufgesucht („doctor hopping").

Eventuell sind zudem erkennbare Belastungen der Partnerschaftsbeziehung und der Familie oder weitere Anzeichen häuslicher Gewalt erkennbar.

Bei geringstem Verdacht auf das Vorliegen einer Verletzung des Kindes durch Dritte sollte eine stationäre Aufnahme erfolgen, um diesem Hinweis in Ruhe nachgehen zu können.

Hierbei wird es ratsam sein, diese Mutmaßung nicht gleich offen zu legen, da sie doch, kaum geäußert, gleich zu elterlicher Abwehr führen wird. In einer solchen Situation sollte einem elterlichen Wunsch auf eine lediglich ambulante Versorgung, die mit einer Verweigerung des Transportes in die nächstgelegene Kindernotfallaufnahme einhergeht, deeskalierend, aber bestimmt entgegen getreten werden.

In der Klinik erfolgt dann ein definiertes Untersuchungsprogramm zum Screening auf mögliche äußere Gewalteinwirkungen. Dieses schließt laborchemische, technische und strukturgebende, aber auch psychosoziale Untersuchungen ein. Ziel ist dabei weniger, eine Anklage und justiziable Verfolgung des vermeintlichen Täters zu erreichen, als vielmehr zum Wohle des Kindes ein soziales Betreuungsnetzwerk zur **Vermeidung weiterer Gewalteinwirkung** in multiprofessioneller Kooperation unter Beteiligung des Jugendamtes, der Kinderschutzgruppen, aufsuchender familienentlastender Sozialdienste und des weiterbetreuenden Kinderarztes zu knüpfen.

Schon der leiseste Verdacht auf eine Verletzung durch fremde Hand sollte im Notdienst immer zur stationären Einweisung führen.

Es ergibt sich zwangsläufig ein Konflikt zwischen der „ärztlichen Schweigepflicht" (§ 203 StGB) und einer „Offenbarungsbefugnis" aus dem „rechtfertigenden Notstand" nach § 34 StGB, wobei die Kindesgesundheit als vorrangiges Interesse anzusehen ist, wenn die ernsthafte Gefahr weiterer Gewaltaussetzung besteht. Hierzu enthält seit 2012 das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) spezielle Regelungen. Auch die beruflich befassten Ärzte sollen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung die Situation mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten erörtern (§ 4 Abs. 1 KKG). Scheidet das zur Gefahrabwendung aus und wird die Einschaltung des Jugendamtes für erforderlich gehalten, darf dieses trotz Schweigepflicht informiert werden (§ 4 Abs. 3 KKG). Auf den eigentlich obligaten Hinweis darauf an die Betroffenen kann verzichtet werden, wenn ansonsten der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen infrage gestellt ist.

Meist ist es hilfreich, wenn eine Strafanzeige durch das auf diese Weise einbezogene Jugendamt als der ordnungsrechtlichen Behörde und nicht von den um Vermittlung bemühten primär medizinisch Verantwortlichen vorgenommen wird. Auch wenn bei einer solchen Straftatermittlung eine rechtskräftige Verurteilung häufig nicht zu erreichen ist, so kann diese juristische Intervention doch die elterliche Kooperationsbereitschaft erhöhen und stellt auch die Grundlage für eine familiengerichtliche Bewertung dar.

Den Ersthelfern kommt bereits in der Erfassung des Problems häufig eine Schlüsselrolle zu, da sie doch die Einzigen sind, die schon primär im häuslichen Kontext der Familie tätig werden.

Werden eine vital erforderliche erste Diagnostik und Therapie, gegebenenfalls schon der Transport in die nächstgelegene Notfallambulanz durch die Eltern abgelehnt, muss das Notfallteam im Ausnahmefall die Ordnungskraft der Polizei in Anspruch nehmen. Eine solche Konfrontation gilt es möglichst zu vermeiden und durch Benennung der bestehenden Gefährdung eine hinreichende Einsicht zu erzielen. Bei jedem Hinweis auf eine Situation, in der das Kind durch seine Eltern gefährdet sein könnte, sollte ein Transport in die zugeordnete Kinderklinik erfolgen, um hier auch der Frage nach einer Kindeswohlgefährdung durch mögliche Misshandlung oder Vernachlässigung nachgehen zu können. Ist eine offenkundige Unfallsituation gegeben, sollte die Polizei für eine Unfallaufnahme hinzugezogen werden. Dies gilt insbesondere immer dann, wenn es sich um schwere Verletzungen handelt oder das offenkundige Verletzungsbild und ein geschilderter Unfallhergang nicht zueinanderpassen. Auch alkoholisierte oder anderweitig unkontrollierte Eltern oder Betreuungspersonen erfordern gelegentlich die Anforderung polizeilicher Unterstützung.

10.7 Anwesenheit der Eltern bei Reanimationsvorgängen

Säuglinge und Kleinkinder befinden sich in aller Regel in Begleitung eines Elternteils, dem die notwendigen Maßnahmen parallel zur Akutversorgung erläutert werden können. Die Eltern sind dabei unabhängig von ihrem religiösen, weltanschaulichen und kulturellen Hintergrund in einer für sie maximalen Ausnahmesituation in großer Sorge um ihr Kind und deshalb nicht immer rationalen Überlegungen zugänglich.

Aus den genannten Umständen kommt der Besprechung verschiedener medizinischer, wie psychosozialer Besonderheiten und der Vorbereitung auf eine solche Situation eine große Bedeutung zu.

Wenn Kinder in Not geraten, geschieht dies häufig in **Anwesenheit der Eltern**. Die Beantwortung folgender Fragen ist unter diesen Umständen besonders dringlich:

- Wie können Angehörige in einer solchen Situation mit eingebunden werden?
- Wie können Reanimationsabläufe unter der engen Beobachtung der Eltern gesteuert werden?
- Wann dürfen Reanimationsbemühungen beendet werden?
- Wie kann in einer offenkundig palliativen Versorgungssituation die Reanimation eines Patienten, der wegen seiner Grunderkrankung nicht wiederbelebt werden sollte, vermieden werden?
- Wie kann mit eigenen emotionalen Implikationen, die eine solche Reanimation nach sich zieht, auch im Team umgegangen werden?

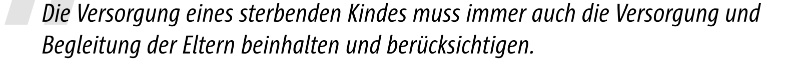
Jedem, der eine Sterbenssituation mit begleitet, sollte bewusst sein, dass die Angehörigen die Form, Intensität und den Inhalt der Versorgung bis an das Ende ihres Lebens nicht vergessen werden. Deshalb besteht eine besondere Fürsorgepflicht auch gegenüber den hoch belasteten Eltern.

Viele Notfallmitarbeiter stehen der Anwesenheit von Eltern oder anderen nahen Bezugspersonen bei den erforderlichen medizinischen Versorgungsmaßnahmen im Rahmen einer Notfallsituation (Reanimation) immer noch sehr kritisch gegenüber, sodass vielfach die erste Maßnahme bei Eintreffen in eine außer- oder innerklinische Notsituation darin besteht, diese Angehörigen aus dem Raum zu begleiten. Der initiale Impuls, Eltern an solchen Situationen nicht teilhaben zu lassen, bei denen mit einer vollständigen Erholung des Patienten nicht gerechnet werden kann, ist in der Furcht begründet, dass die Maßnahmen eben nicht erfolgreich verlaufen könnten und die Angehörigen so durch das Zeugnis der erfolglosen Reanimation eine noch größere Belastung erfahren. Sicher bestehen auch Bedenken hinsichtlich der rechtlichen Ansprüche gegenüber vermeintlich erfolgten „Fehlern“, ebenso wie die Angst, dass die professionellen Notfallhelfer von der Durchführung effektiver Reanimationsbemühungen abgelenkt werden.

Hierzu gibt es im deutschen Kontext bislang keine wissenschaftliche Aufarbeitung. Einzelne amerikanische und schwedische Arbeiten zeigen, dass keine Unterbrechung der Reanimationsbemühungen oder eine Verschlechterung ihrer Ergebnisse durch die Anwesenheit Dritter beobachtet wurde. 95% der befragten Familienmitglieder bekundeten, dass sie wieder wünschen würden, bei einer solchen Situation anwesend sein zu dürfen, und dass es ihnen zur Verarbeitung hilfreich war (AAP 2014).

Neuere Studien und Berichte reflektieren auch eine wachsende Kompetenz von Notfallmitarbeitern im Umgang mit der Präsenz von Familienmitgliedern bei solchen Reanimationsbemühungen. Dieser Umstand ist regelmäßig Gegenstand der EPLS Kurse in der pädiatrischen Reanimationsausbildung nach den Richtlinien des European Resuscitation Council (ERC). Zweifellos erscheint es dafür aber notwendig, explizit benannte und in dieser Art von Begleitung erfahrene Mitarbeiter den Eltern zur Seite zu stellen. Im außerklinischen Kontext muss so die Zeit bis zum Eintreffen des psychosozialen Notfallbegleitungsteams (PSNV) überbrückt werden. Innerhalb der Klinik werden hier die Mitarbeiter der Seelsorge, der klinischen Psychologie oder die in der Betreuung der betroffenen Eltern bereits im Vorfeld involvierten Mitarbeiter die größte Unterstützung bieten können.

In der aktuellen Literatur wird die Anwesenheit der Eltern somit weitestgehend unterstützt, sodass dies auch in der curricularen Rettungsausbildung einen eigenen Stellenwert bekommen hat.



Die Versorgung eines sterbenden Kindes muss immer auch die Versorgung und Begleitung der Eltern beinhalten und berücksichtigen.

10.8 Tod und Abschied

Wenngleich zu Beginn einer Notfallversorgung immer der Versuch zum Lebenserhalt des Kindes im Vordergrund steht, ergibt sich bei einer dramatisch verlaufenden

neurologischen Verschlechterung bis hin zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall für die weitere Intensivtherapie auch der Gedanke an eine mögliche Organspende. Dieser Gedanke muss nach Feststellung des Hirntodes aufgegriffen werden und kann manchen Eltern angesichts des plötzlichen Verlusts ihres Kindes ein gewisser Trost sein.

Die elterliche Präsenz beim Reanimationsvorgehen wurde mit ihrem Für und Wider vorangehend besprochen. Dass die Anwesenheit der Eltern in dem Moment des Todeseintritts eine herausragende Bedeutung besitzt, wird wiederum schon sehr viel länger akzeptiert. Dies ist im intensivmedizinischen Arbeitsfeld regelmäßig präsent. Bei einer begonnenen, in ihrem weiteren Verlauf aber eher diskussionswürdigen Reanimation erscheint es akzeptabel, diese auch bis zum Zeitpunkt des Eintreffens der Eltern fortzusetzen. Ihnen die Anwesenheit in diesem letzten für sie so wichtigen Lebensmoment zu ermöglichen, sollte immer zu gewährleisten versucht werden. Hier spätestens sollte in einem primär christlich geprägten kulturellen Umfeld die Frage nach einer Nottaufe, Krankensalbung oder anderen religiösen Handlungen gestellt werden.

Wenn wir von diesem Vorgehen abweichen müssen, weil der Zeitraum aus verschiedenen Gründen zu lang erscheint, ist es den Eltern meist ein großer Trost, wenn ihnen versichert werden kann, dass ihr Kind keine Qualen erleiden musste und auch im Tod nicht allein war. Bestenfalls sollte auch das verstorbene Kind bis zum Eintreffen der Eltern nicht allein gelassen werden.

Selbstverständlich brauchen Eltern dann hinreichend Zeit, um von ihrem Kind **Abschied** zu nehmen. Hierfür sind stationseigene Verfahrensempfehlungen sinnvoll, die als schriftlich definierte Standards hinterlegt werden sollten. Neben den Standard Operation Procedures (SOPs) einzelner Abteilungen gibt es in Deutschland dazu bislang wenig eigene Forschungsergebnisse oder gesellschaftsweite Empfehlungen, sodass die von dem Committee on Bioethics innerhalb der AAP erarbeiteten policy statements und consensus guidelines auch im europäischen Kontext hilfreich sind (AAP 2014).

Es hat sich bewährt, einen angemessen ausgestatteten Raum bereitzuhalten, in dem das verstorbene Kind nach der Beendigung der medizinisch-pflegerischen Maßnahmen aufgebahrt wird. Unterschiedlichsten Ritualen von der Waschung, Herrichtung des Leichnams, Bekleidung bis zur Beigabe von Kuscheltieren oder Ähnlichem ist Rechnung zu tragen. Hand- und Fußabdrücke oder auch ein Foto können trostspendend sein. Den Eltern und auch einem größeren Kreis von Freunden und Angehörigen, vor allem unter Einbeziehung der Geschwisterkinder, sollte möglichst so viel Zeit und Raum angeboten werden, wie sie es für sich wünschen.

Literatur

AAP American Academy of Pediatrics (2011) Policy Statement-Consent for Emergency Medical Services for Children and Adolescents. Pediatrics 128: 427–433

AAP American Academy of Pediatrics (2014) Technical Report-Death of a Child in the Emergency Department. Pediatrics 134: e313–e330

Adams HA, Flemming A (2015) Analgesie, Sedierung und Anästhesie in der Notfallmedizin. Anästh Intensivmed 56: 75–90

Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWM) Leitlinie (2014) Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit, AWMF Leitlinien Register Nr. 024/19. Letzte Überarbeitung 04/2014, Gesellschaft für Neontologie und pädiatrische Intensivmedizin

Beauchamp T, Childress J (2012) Principles of biomedical ethics. 7th edition. Oxford University Press, Oxford, New York, Toronto

BGH NJW 1959, 811, „Einwilligung Minderjähriger in ärztliche Heilbehandlung"

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin DAKJ (2009) Kommission für ethische Fragen: Positionspapier zur Begrenzung lebenserhaltender Therapie im Kindes- und Jugendalter. Monatsschr Kinderheilkd 157: 43–48

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin DAKJ (2014) Stellungnahme zu Patientenverfügungen von Minderjährigen. www.dakj.de/media/stellungnahmen/ethische-fragen/2014-patientenverfuegung-minderjaehrige.pdf (Zugriff am 17.04.2015)

Dierks C, Graf Baumann T, Lenard H (1995) Therapieverweigerung bei Kindern und Jugendlichen Medizinrechtliche Aspekte 6. Einbecker Workshop der dt. Gesellschaft für Medizinrecht im März 1995. Springer, Berlin

Führer M, Duroux A, Jox R, Borasio G (2009) Entscheidungen am Lebensende in der Kinderpalliativmedizin. Monatsschr Kinderheilkd 157: 18–25

Gillis J (2008) „We want everything done". Arch Dis Child 93: 192–193

Harder Yv (2004) Rechtliche Besonderheiten bei der Behandlung minderjähriger Patienten. Anästhesist 53: 1105–1110

Herrmann B, Noeker M, Franke I (2014) Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern. In: Hoffmann G, Lentze M, Spranger J, Zepp F (Hrsg.) Pädiatrie. Springer, Berlin, S. 169–177

Jorch G, Poets C (2014) Der plötzliche Kindstod. In: Hoffmann G, Lentze M, Spranger J, Zepp F (Hrsg.) Pädiatrie. Springer, Berlin, S. 163–169

Jox R, Führer M, Borasio G (2009) Patientenverfügung und Elternverfügung. Monatsschr Kinderheilkd 157: 26–32

Kessler-Weinrich A (2015) „Zum Wohl des Kindes!?" Die Bedeutung der Eltern im Entscheidungsfindungsprozess am Beispiel ethischer Fallgespräche, Abschlussarbeit MA, Mainz

Kobert K, Löbbing T (2013) Erfahrungsbericht zu Ethikvisiten und ethischen Liaisondiensten als Elemente der Ethikberatung. In: Steger F (Hrsg.) Klinische Ethikberatung. mentis Verlag, Münster, S. 113–126

Niethammer D (2014) Ethik in der Pädiatrie. In: Hoffmann G, Lentze M, Spranger J, Zepp F (Hrsg.) Pädiatrie. Springer, Berlin, S. 4–7

Nikendei A (2012) Begleitung von Kindern und Jugendlichen. In: Nikendei A (Hrsg.) Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). Stumpf+Kossendey Verlag, Edewecht, S. 315–330

Putz W, Steldinger B (2009) Rechtliche Aspekte der Therapiebegrenzung in der Pädiatrie. Monatsschr Kinderheilkd 157: 33–37

Rellensmann G, Hasan C (2009) Empfehlungen zum Vorgehen in Notfallsituationen. Monatsschr Kinderheilkd 157: 38–42

Royal College of Paediatrics and Child Health (2004) Witholding or withdrawing life sustaining treatment in children: A framework for practice. http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/page/Witholding%20....pdf (Zugriff am 27.04.2015)

Spitzer P, Höllwarth M (2014) Unfälle und Unfallverhütung. In: Hoffmann G, Lentze M, Spranger J, Zepp F (Hrsg.) Pädiatrie. Springer, Berlin, S. 178–183

Steurer M, Berger T (2012) Spezifische ethische Konflikte in der pädiatrischen und neonatologischen Intensivmedizin. In: Salomon F (Hrsg.) Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. 2. Auflg. Med. Wiss. Verlagsges. Berlin, S. 163–182

Abkürzungsverzeichnis

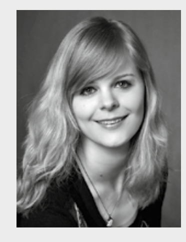
AAP	American Academy of Pediatrics
ATLS	Advanced Trauma Life Support
AWMF	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation
DAKJ	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
EPLS	European Pediatric Life Support

ERC	European Resuscitation Council
GEPS	Gesellschaft zur Erforschung des plötzlichen Säuglingstodes
GG	Grundgesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
NLS	Newborn Life Support
PSNV	psychosoziale Notfallversorgung
ROSC	Return Of Spontaneous Circulation
SOP	Standard Operation Procedure
StGB	Strafgesetzbuch



Dr. med. Thomas M. Boesing

Studium der Humanmedizin in Münster und Dublin. Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in Bielefeld, Weiterbildung Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin in Frankfurt/M, Weiterbildung pädiatrische Pneumologie und pädiatrische Gastroenterologie in Bielefeld, Fernstudium zum Ethikberater im Gesundheitswesen an der Uni Nürnberg und Basel, Leitender Arzt Abteilung Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin Kinderzentrum Bielefeld-Bethel am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld, Mitglied im Klinischen Ethik-Komitee seit dessen Bestehen 2003.



Tanja Löbbing, Master of Medicine, Ethics and Law

Studium der Gesundheitswissenschaften (Health Communication) in Bielefeld, Masterstudium Medizin-Ethik-Recht in Halle an der Saale, Trainerin für Ethikberatung (AEM). Seit 2012 Tätigkeit als Klinische Ethikerin im Ev. Krankenhaus Bielefeld, Mitglied im Klinischen Ethik-Komitee.



Prof. Dr. jur. Bernhard Kretschmer

Studium der Rechtswissenschaft in Bielefeld, Referendariat am Oberlandesgericht Hamm, Lehr- und Forschungsaufgaben an den Universitäten Bielefeld, München, Bochum und Gießen, Habilitation 2010, Inhaber eines Lehrstuhls für Straf- und Strafprozessrecht mit medizinstrafrechtlichem Schwerpunkt: zunächst von 2011 bis 2013 an der Ruhr-Universität Bochum, seither an der Justus-Liebig-Universität Gießen; Mitglied der Ethik-Kommissionen der dortigen Fachbereiche für Medizin und Psychologie, Mitglied in den Klinischen Ethik-Komitees des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld und des Markus-Krankenhauses Frankfurt a.M.



Prof. Dr. med. Eckard Hamelmann

Studium der Humanmedizin in Kiel, Bern und Boston. Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in Kiel und Berlin, Weiterbildung Allergologie und Immunologie in Denver und Berlin, Weiterbildung pädiatrische Pneumologie und Infektiologie in Berlin, Professur für pädiatrische Pneumologie und Allergologie an der Charité in Berlin 2003–2007, Berufung auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde der Ruhr-Universität Bochum 2007, Mitglied der Ethik-Kommissionen des dortigen Fachbereiches für Medizin, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderzentrum Bethel am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld.



Dr. med. Klaus Kobert

Studium der Humanmedizin in Köln und Münster. Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie und 10 Jahre Tätigkeit als Oberarzt mit dem Schwerpunkt Intensivmedizin im Ev. Krankenhaus Bielefeld. 2005–2007 Studium der Bioethik an den Universitäten Nimwegen-Niederlande, Leuven-Belgien, Basel-Schweiz und Padua-Italien. Seit 2005 Aufbau einer Abteilung für Klinische Ethik am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld. Hauptaufgaben sind die Durchführung regelmäßiger klinisch-ethischer Visiten und die Moderation von multidisziplinären Ethik-Fallgesprächen sowie der Vorsitz des Klinischen Ethik-Komitees.

11 Medizinethische Entscheidungen in der geburtshilflichen Notfallmedizin

Martin Langer

11.1 Einleitung[10]

In der Geburtshilfe im Allgemeinen trifft man ethische Probleme sehr häufig an; Beispiele dafür sind der Schwangerschaftsabbruch aus embryopathischer Indikation, die Reduktion von höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften oder Entscheidungen an der Grenze der Lebensfähigkeit bei extremer Frühgeburtlichkeit. Im Rahmen der geburtshilflichen Notfallmedizin jedoch scheinen rein medizinische Fragestellungen alle anderen Überlegungen bei weitem zu überwiegen. Quantitativ ist dieser Eindruck sicher richtig, in den seltenen Fällen, in denen es allerdings zu einem tatsächlichen ethischen Konflikt kommt, ist dieser meist besonders schwerwiegend und von höchster Brisanz. Es ist daher durchaus gerechtfertigt, im Folgenden einige Gedanken dazu zu formulieren.

11.2 Charakteristik medizinethischer Probleme

Ethische Probleme entstehen im Wesentlichen aus einem Konflikt mit einem der zwei Grundprinzipien *Patientenautonomie* und *Benefizienz*, also dem Nutzen oder Vorteil für den Patienten. Vereinfacht gesprochen, besteht ein Autonomiekonflikt dann, wenn die Patientin einer vom Arzt (dringend) vorgeschlagenen Therapie nicht zustimmt, in selteneren Fällen auch dann, wenn sie eine Therapie fordert, für die es

10 Bei geschlechtssensitiven Bezeichnungen sind immer beide Geschlechter gemeint.

aus ärztlicher Sicht keine vernünftige Rationale gibt. Beim Benefizienzkonflikt sind sich sowohl Patientin und Arzt im Unklaren darüber, ob eine mögliche Therapie eine sinnvolle Wahrscheinlichkeit von Heilungsaussichten verspricht; der Begriff „Dilemma“ wird hier zu Recht verwendet. Stellt sich die Problematik in einer milderen, nicht-kontroversiellen Form, so bieten sich mit „shared decision making“- und ausführlichem „informed consent“-Prozess zwischen Patientin und Arzt hilfreiche Modelle (s. Kap. 11.7). Typische Konstellationen, die so gelöst werden können, sind Entscheidungen zum Schwangerschaftsabbruch aus embryopathischer Indikation oder zum Geburtsmodus.

Weitere Prinzipien der Medizinethik, mit denen es Konflikte geben kann, ist die relative Allokation (Zuteilung) finanzieller Mittel zwischen verschiedenen Patientengruppen; der paradigmatische Konflikt diesbezüglich sind aufwendige herzchirurgische Operationen bei Neugeborenen mit Trisomie 18. Manchmal mischen sich Autonomie- und Benefizienzprinzip, etwa wenn die Bewertung der Verhältnismäßigkeit zwischen Nutzen und Risiko/Aufwand einer Therapie zwischen Arzt und Patientin stark divergiert; typische Konstellationen hierfür sind Eizellspende bei Frauen > 50 Jahre oder Bluttransfusionen bei Zeugen Jehovas, letzteres zwar juristisch klar geregelt, medizinethisch aber problematisch.

11.3 Notfallmedizin

Im Vergleich zu anderen geburtshilflichen Betreuungskonstellationen zeichnet sich die Notfallmedizin durch mehrere Besonderheiten aus.

Praktisch immer besteht Zeitdruck, und zwar einerseits durch die Natur der medizinischen Probleme und andererseits durch den Arbeitsdruck bei hohen Patientinnenzahlen und raschem „Durchschleuszeiten“. Die Arbeit findet darüber hinaus oft in räumlich, personell und apparativ beschränkten Verhältnissen statt.

Die Patientinnen präsentieren sich häufig mit unspezifischen Beschwerden, denen in der überwiegenden Mehrzahl keine schwerwiegenden Diagnosen zugrunde liegen. In einigen wenigen Fällen verbergen sich aber doch abklärungswürdige Erkrankungen, die es gilt, mit limitierten Mitteln und in limitierter Zeit treffsicher zu identifizieren. Neben dieser „Aufmerksamkeits-Problematik“ bei Bagatellfällen gibt es die seltenen, aber spektakulären Notfälle, die manchmal zu einer „Überforderungs-Problematik“ bei Katastrophen führen können.

Beiden ist gemeinsam und für Notfallambulanzen typisch, dass es zu keiner ausreichenden Arzt-Patientinnen-Beziehung kommen kann, innerhalb derer eine für die Entscheidungsfindung notwendige Kommunikation stattfindet. Sehr oft bestehen sprach- und kulturelle Probleme zwischen Personal und Patientinnen und/oder Schock bei den Patientinnen. Die primäre Aufgabe des Arztes wird oft sein, rasch die Natur des Hauptproblems zu identifizieren: Liegt ein im engeren Sinn des Wortes medizinischer Notfall vor oder steht vielmehr ein ethisches, forensisches, psychosomatisch/psychiatrisches oder kulturelles Problem im Vordergrund? Wenn sich, wie so oft, mehrere Aspekte überschneiden, was sind die relativen Anteile und die jeweilige Dringlichkeit?

Gelten alle diese Überlegungen bereits in Ländern mit einem hoch entwickelten Gesundheitssystem, so sind die Verhältnisse in Schwellenländern oder armutsgefähr-

deten Regionen oft unzumutbar. Der Bedarf an „emergency obstetrics“ wird dort in keiner Weise gedeckt, und es existieren enorme Unterschiede zwischen Ländern mit unterschiedlichem Einkommensniveau (Holmer et al. 2015).

11.4 Benefizienzkonflikte

11.4.1 Perimortem caesarean delivery (PMCD)

Das paradigmatische medizinethische Dilemma in der Notfallmedizin ist jenes der Sectio bei mütterlichem Herz/Kreislaufstillstand. In älteren Lehrbüchern wurde dies als „Sectio in mortua“ bezeichnet, heute wird der korrektere Ausdruck „perimortal“ verwendet, weil es sich praktisch immer um ein Reanimationsszenario handelt. Die medizinethische Frage ist eine klassische Benefizienzproblematik, bei der folgende Güter gegeneinander abgewogen werden müssen:

- Wie hoch ist die Chance des Kindes auf ein mehr oder minder schadensfreies Überleben vs. der Gefahr einer schweren hypoxischen Schädigung bzw. dem intrauterinen Fruchttod (IUFT)? Die Bewertung eines kindlichen Überlebens mit Dauerschäden wird weiters verschärft durch das Wissen um den (wahrscheinlichen) Tod der Mutter.
- Besteht ein zusätzliches Eingriffsrisiko für die Mutter in einer Reanimationssituation vs. kann die Entleerung des Uterus die schwer beeinträchtigte Zirkulation der Schwangeren eventuell sogar entlasten?

Als grundsätzliche Orientierung wird häufig die *4 (5) Minuten-Regel* angegeben, die besagt, dass 4 Minuten nach erfolgloser Reanimation mit der Notfallsectio begonnen werden müsse, um das Kind nach 5 Minuten zu entbinden, weil es bereits nach 5 Minuten zu irreversibler Hypoxie sensibler Hirnareale kommen kann.

Empirische Überprüfung dieser „Eminence-basierten“ Meinung förderte folgende Kritikpunkte zutage: Unter realistischen Bedingungen liegen die Zeiten von Kreislaufstillstand bis Geburt viel länger, nämlich bei 10 min für diejenigen, die schadensfrei überlebten, und bei 25 min bei den später verstorbenen Patientinnen. Ähnlich verhielt es sich bei den Neugeborenen: Schadensfreies Überleben fand sich nach 10 min, Versterben bzw. massive Schäden nach 20 min (Benson et al. 2014).

> *Daraus lässt sich schließen, dass es keine nachweisbare Schwelle für das Eintreten einer Hirnschädigung und somit für oder gegen eine Notfallsectio bei 4–5 min gibt, sondern die Chancen für Mutter und Kind nach dem Herz/Kreislaufstillstand kontinuierlich mit der Zeit abnehmen.*

Diese Fakten stellen eine gute Orientierung für die medizinethische Bewertung derartiger Krisensituationen dar (Drukker et al. 2014; Lipman et al. 2014); typische Beispiele hierfür sind Frauen nach Herzinfarkt oder Pulmonalembolie. Nachdem selbst bei komplettem Kreislaufstillstand der Schwangeren das Kind noch 10–15’ basal sauerstoffversorgt ist, ist bis dahin rasches und beherztes Vorgehen im Sinne einer schnellstmöglichen Notfallsektio per medianer Unterbauchlaparatomie die Methode der Wahl. Dabei wird die Hautschnitt-Entwicklungszeit unter 1 Minute liegen können.

Jenseits einer Kreislaufstillstandsdauer von > 15’ müssen sich die Verantwortlichen rasch folgende Information einholen:

- Zeitpunkt des mütterlichen Ereignisses bzw. der Asystolie, Beginn einer ausreichenden und lückenlosen Reanimation
- Informationen über das Gestationsalter, wobei unterhalb der SSW 28 die Frühgeburtlichkeit massiv erschwerend zur Hypoxie tritt
- Orientierender abdomineller Ultraschall hinsichtlich einer positiven Herzaktion des Kindes > 60 bpm
- Basisinformation über eine evt. Minderperfusion vor dem terminalen Ereignis

Nach der Kindesentwicklung wird der Neonatologe eine ähnliche medizinethische Bewertung des Neugeborenen durchführen müssen; die Parameter dabei sind (vermutetes) Gestationsalter, allgemeine Reife, (vermutete) Zeit der Hypoxie, APGAR-Score, Laborparameter wie Nabelarterien-pH, Laktat, base-excess, O_2, CO_2. Vor allem aber wird der erfahrene Pädiater im Sinne der „provisional care“ das Ansprechen des Kindes auf eine initiale, 5–10-minütige Reanimation beurteilen und als Ergebnis davon die Reanimation in eine neonatale Intensivtherapie überführen oder aber zu „comfort care“ wechseln.

Bei unbekannter Dauer, unzureichender Reanimation, Gestationsalter < SSW 28 und kindlicher Herzaktion < 60 bpm ist die Wahrscheinlichkeit eines schadensfreien Überlebens des Kindes sehr gering und es kann im interdisziplinären Konsil entschieden werden, auf die perimortale Sectio **aus kindlicher Indikation** zu verzichten.

In einem nächsten Bewertungsschritt muss **die mütterliche Indikation** erwogen werden. Schwangere haben global bessere Überlebenschancen bei Reanimation als Nicht-Schwangere, und zwar 36,9% bzw. 25,9% (Lavecchia u. Abenhaim 2015; Tirkkonenet al. 2015). Bei einer Rate von mehr als 1/3 Überleben ist daher bei diesen im wesentlich jungen und häufig vorher gesunden Frauen auf jeden Fall eine maximale Reanimation mit allem Nachdruck zu fordern! Darüber hinaus trägt die perimortale Sectio positiv zum mütterlichen Überleben bei, nachdem sich die kardiopulmonale Funktion durch die deutliche Verkleinerung des Uterus und geringeren Bedarf an Herzminutenvolumen oft verbessert (Katz 2012; Farinelli u. Hameed 2012).

Der Verzicht auf oder die Beendigung einer Reanimation bei einer Schwangeren sollte daher nur bei Vorliegen eindeutiger neurologischer Kriterien eines Hirntodes und dann nur als Teamentscheidung fallen.

11.4.2 Andere Benefizienzkonflikte

Ähnliche Überlegungen wie für den Herzkreislaufstillstand gelten für Schwangere nach Polytrauma, Verdacht auf Hirnblutung oder Insult sowie ähnliche lebensbedrohliche Zustände. Hier ist die Entscheidung gemeinsam mit der jeweils zuständigen Disziplin, wie z.B. Neurologie oder Traumatologie, zu treffen. Bei rein geburtshilflichen Notfällen, wie massiver Blutung bei Plazenta prävia, bei vorzeitiger Plazentalösung oder eklamptischem Krampfanfall ist die Notfallsectio nach Blitzintubation die Methode der Wahl.

Die Indikation zur Notfallhysterektomie ist naturgemäß sehr zurückhaltend und nur dann zu stellen, wenn die Leitlinie für postpartale Blutung schrittweise abgearbeitet wurde und danach immer noch eine vitale Gefährdung der Patientin besteht. Zusätzliche Parameter, die in die Entscheidung miteinfließen, sind das mütterliche Alter, Zahl der Kinder und zusätzliche Erkrankungen.

11.5 Autonomiekonflikte

11.5.1 Verweigerung einer vorgeschlagenen Krankenhausaufnahme/Therapie

Kommt der Arzt zu einer begründeten und dringenden Empfehlung einer stationären Aufnahme und/oder Behandlung, die Patientin verweigert aber, so muss der Arzt neuerlich und in betont ausführlicher Form einen „informed consent-Prozess“ mit der Patientin durchlaufen. Dabei muss deutlich auf ihre wohlverstandenen Interessen im Sinne ihrer eigenen Gesundheit und der Gesundheit ihres Kindes hingewiesen werden. Beharrt sie danach weiter auf ihrem Standpunkt, muss man sich die Frage stellen, ob in der gegebenen geburtshilflichen Situation die Einsichts- und Urteilsfähigkeit der Patientin gegeben ist, wenn sie die Selbst- oder Fremdgefährdung (des Kindes) nicht erkennen kann. Bei starker Blutung, hochpathologischem CTG oder Geburt im Gange, jeweils mit lebensfähigem Kind, wird Fremdgefährdung vorliegen, bei mäßiger intrauteriner Wachstumsretardierung oder leichten vorzeitigen Wehen wohl nicht. Sollte im ersteren Fall mit der Patientin (und ihren Angehörigen) keine vernünftige Lösung ausverhandelt werden können (z.B. engmaschige Kontrolle am nächsten Tag), muss zum Schutz der Patientin und auch des Arztes selbst eine formale psychiatrische Exploration mit der ausdrücklichen Frage nach Einweisung in der Psychiatrie wegen Selbst- und/oder Fremdgefährdung eingeleitet werden.

In ganz seltenen Fällen eskaliert die Lage bzw. entweicht die Patientin. In aller Regel wird man selbst dann auf die Einleitung einer aktiven polizeilichen Suche verzichten, nur bei begründetem Verdacht auf Gewaltanwendung sollte zu dieser Ultima ratio gegriffen werden. In allen anderen Situationen muss die Selbstbestimmung und Autonomie der Patientin in unserem Rechtssystem als das höhere Rechtsgut angesehen werden. Allerdings muss dann der gesamte Ablauf exakt und eventuell mit Zeugen dokumentiert werden, um späteren Klagen begegnen zu können.

11.5.2 Verweigerung eines dringend indizierten Kaiserschnittes („court ordered caesarean section“ vs. „emergency coerced caesarean section“)

Zu einer akuten Zuspitzung der oben beschriebenen Situation kann es in ganz seltenen Fällen dann kommen, wenn die Patientin eine dringlich indizierte Sectio ablehnt. Chervenak hat dafür den Begriff „erzwungene Notfallsektio“ (coerced emergency caesarean) geprägt und trifft die Unterscheidung zwischen dieser und der „Sectio auf Gerichtsbeschluss“ (court ordered caesarean) nach folgenden drei Kriterien:

1. hohe Verlässlichkeit der prognostischen Bewertung und Abwägung insofern, als die Sectio eine ernsthafte kindliche Morbidität oder Mortalität verhindern wird
2. kein physischer Widerstand, der das Risiko mütterlicher oder kindlichen Schaden durch die erzwungene Sectio erhöhen würde
3. ungenügend verfügbare Zeit, um ein Gerichtsurteil zu erwirken

Eine derartige Extremsituation werden die meisten Gynäkologen wahrscheinlich nie in ihrer professionellen Karriere erleben und jeder Beratungs- und Überredungsaufwand ist gerechtfertigt, um sie zu verhindern. Trotzdem ist es aber sinnvoll, sie sich theoretisch durchzudenken, um andere, mildere Konstellationen daran zu messen und sie zu managen.

11.5.3 Konflikte zwischen den Werthaltungen der Patientin und des Arztes

Grundsätzlich ist ein Arzt berechtigt, die Medizin innerhalb eines selbst gesetzten Rahmens von medizinisch-wissenschaftlichen und ethischen Kriterien auszuüben. Jeder klinisch Tätige ist aufgerufen, seinen persönlichen Rahmen antizipierend und ohne konkreten Zeitdruck zu reflektieren, um darüber im Notfall verfügen zu können. Ebenso ist es unbestritten, dass im Konfliktfall die ethischen Werte der Patientin der zentrale und entscheidungsleitende Bezugsrahmen sind. Zwischen den ärztlichen und den Patientinnenwerten kann es zu Konflikten kommen, und zwar sowohl hinsichtlich des medizinischen als auch des ethischen Anteils des ärztlichen, subjektiven Bezugsrahmens. Je nachdem verlangen sie auch etwas unterschiedliche Lösungsmodelle.

Ein Beispiel für die diskrepante medizinische Einschätzung stellt die abgebrochene Hausgeburt dar, bei der die Gebärende dann unter Notfallbedingungen und in möglicherweise schlechtem fetalen und/oder mütterlichen Zustand in ein Krankenhaus eingeliefert wird. Nun stehen viele Geburtshelfer, und das mit guten Gründen, einer Hausgeburt sehr skeptisch gegenüber. So hat etwa Chervenak bei hebammengeleiteten Hausgeburten im Vergleich zu hebammengeleiteten Klinikgeburten ein relatives Risiko von 3,8 und in einzelnen Risikogruppen wie z.B. Erstgebärende oder Schwangere > SSW 41 ein bis zu 6-fach erhöhtes RR gefunden. Weiters zeigte sich, dass bei Hausgeburten nicht nur Schwangere mit niedrigem Risiko, sondern auch solche mit Beckenendlagen, Mehrlingen oder Zustand nach Sectio entbunden wurden.

Ungeachtet dieser empirischen Daten muss der Notfallgynäkologe jedoch streng darauf achten, seine allgemeine Haltung zur Hausgeburt auf keinen Fall in die Betreuung eines konkreten Falles einfließen zu lassen. Im Gegenteil: Gefordert in dieser Situation sind ausschließlich rasche und umsichtige medizinische Hilfe und verständnisvolle Betreuung, und zwar völlig ohne Schuldzuweisungen an die Gebärende oder die begleitende Hebamme.

Zum korrekten Selbstschutz sind die geburtshilflichen Parameter bei der Aufnahme zu dokumentieren und der Fall in einer Besprechung mit der Hebamme aufzuarbeiten.

Moralische Werthaltungen von Patientin und Arzt können in Fragen des Schwangerschaftsabbruches und der Kontrazeption kollidieren. In manchen katholisch-konfessionellen Spitälern oder Ländern (z.B. Irland, Polen) ist ein Schwangerschaftsabbruch unter praktisch allen Umständen verboten, selbst dann, wenn die Mutter gefährdet oder die Schwangerschaft/das Kind keine Überlebensperspektive hat (Freedman et al. 2008). Die Definition der schützenswerten Schwangerschaft wird dabei sehr weit gefasst, nämlich lediglich im Sinne einer positiven Herzaktion.

Europaweit bekannt wurde der Fall einer indischen Patientin in einem irischen Spital, der bei manifestem Amnioninfektionsydrom in der SSW 18 die Entleerung des Uterus wegen noch bestehender Herzaktionen versagt wurde und die daran verstarb.

Es kann nicht klar genug betont werden, dass bei einer (vital) gefährdeten Patientin die moralische Haltung des Arztes völlig zurückzustehen hat und ausschließlich diejenige der Patientin und die medizinische Situation zu berücksichtigen sind. Sollte die Patientin noch transportfähig sein, wäre der rasche Transfer an eine Abteilung, die den notwendigen Eingriff durchführen würde, eine gerade noch gangbare Kompromisslösung. In diesem Fall hat aber der verweigernde Notfallarzt persönlich den Kontakt mit der anderen Abteilung aufzunehmen und verlässlich den Rettungstransport zu organisieren. Seine Verantwortung endet erst dann, wenn die Patientin nachweislich in der anderen Abteilung aufgenommen wurde.

Weniger dramatisch gestaltet sich der Wunsch nach post-koitaler Kontrazeption, wobei im Jahr 2015 die Akzeptanz der Methode in öffentlichen Spitälern gegeben sein sollte, nachdem die gesetzliche Lage eine Abgabe in Apotheken und Spitälern erlaubt (Greene 2008; Mittal 2014). In der Großstadt hätte die Patientin meist mehrere Alternativen, in ländlichen Gegenden kann dies hingegen schon schwieriger sein. Allgemein sollte sich ein Gynäkologe, der eine sehr fundamentalistische, ablehnende Einstellung zur Kontrazeption einnimmt, fragen, ob dies mit seiner Berufsausübung in der heutigen Zeit kompatibel ist.

11.6 Andere Konfliktfelder

Notfallambulanzen sind natürlich auch Anlaufstellen für Opfer von jeglicher Form von Gewalt: Häusliche, (sexualisierte) Gewalt oder Kindesmisshandlung (Hoelle et al. 2015) sind die wichtigsten Beispiele hierfür. Der Erstaufnahmearzt sieht sich vor dem Dilemma, entweder Gewaltfolgen zu übersehen und damit die Chance, den Kreislauf der Gewalt zu unterbrechen oder wegen einer banalen Verletzung einen Elternteil als Täter zu desavouieren. Entscheidend sind die Kenntnis der typischen Charakteristika einer Misshandlung (wie z.B. ähnliche Verletzungen unterschiedlichen Alters, parallele Anordnung) sowie ein Gespräch mit dem Kind/der Verletzten in geschützter Atmosphäre, sei es durch eine Ärztin oder zumindest in Beisein einer weiblichen Person, eine exakte (Foto)Dokumentation, Asservierung eventueller Beweisstücke und Hinweis auf Opferschutzgruppen etc.

Bei Schwangeren, die vermutlich oder sicher zusätzlich an einer psychiatrischen Erkrankung wie Suizidalität, psychotische Krise, affektiven Störungen, Alkohol- oder Drogeneinfluss leiden, muss ohne falsche Scheu vor Stigmatisierung der Fachpsychiater beigezogen werden. Dieser muss dezidiert zu Selbst- und Fremdgefährdung Stellung nehmen, die in diesem Fall das Kind ausdrücklich miteinschließt.

In den letzten Jahren haben kulturell verursachte Konflikte in Notfallaufnahmen stark zugenommen (Van McCrary et al. 2014). Sie stellen sich entweder in der Form dar, dass die Patientin sich nicht von einem Mann untersuchen lässt, wobei diese Forderung oft von dem begleitenden Mann vorgebracht wird. In der milderen Ausprägung übernimmt der Mann paternalistisch die Rolle des Beschützers oder Sprechers der Frau, sodass nicht klar wird, was nun der Wille der Patientin ist und eine

informierte Zustimmung in der rechtlich geforderten Form nicht einzuholen ist. Erschwert wird eine derartige Situation meist noch durch Sprachprobleme, wobei der Mann wenig und die Frau oft überhaupt nicht Deutsch oder Englisch spricht.

Zur Frage der Untersuchung durch eine Gynäkologin bestehen zwei Haltungen: In der strengen Form wird darauf verwiesen, dass es im öffentlichen Krankenhaus keine freie Arztwahl gäbe und jeder Kollege/in sich gleichermaßen bemüht, auf die Intimsphäre der Patientin Rücksicht zu nehmen. Die andere Position weist darauf hin, dass ein zumutbarer Aufwand betrieben werden kann, innerhalb eines Teams, in dem mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Kolleginnen vertreten sind, eine davon für die Untersuchung zu verpflichten. Es wird von der konkreten Interaktion zwischen Patientin und Team, der medizinischen Diagnose, dem Alter der Patientin und organisatorischen Faktoren abhängen, welche der beiden Haltungen nun überwiegt.

Nimmt der Notfallarzt eine an der individuellen Patientin orientierte und korrekt-professionelle Haltung ein und führt die Untersuchung im Beisein einer weiblichen Zeugin durch, wird man sich leicht gegen etwaige Rassismusvorwürfe zur Wehr setzen können, die durchaus auch an der Tagesordnung in Ambulanzen stehen.

11.7 Lösungsansätze für ethische Probleme in der geburtshilflichen Notfallmedizin

Es muss vorausgeschickt werden, dass es für die oben besprochenen Situationen keine allgemein gültigen Lösungen gibt und geben kann. Zu vielfältig sind die Gemengelagen und denkbaren Konstellationen, zu unterschiedlich die jeweiligen Arbeitssituationen.

Weiters lässt sich feststellen, dass manche der ansonsten in Spitälern üblichen und erfolgreichen Strategien der Problemlösung in der Notfallmedizin nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung stehen; dazu zählen „Beiziehen eines bislang unbeteiligten Dritten“, zeitlich definierte Moratorien oder „Denkpausen“. Bei der Personalknappheit und Hektik wird es schwer sein, rasch einen von beiden Seiten akzeptierten Dritten zu finden, der mit seiner fachlichen und menschlichen Autorität entscheidend zur Lösung beitragen kann. Ähnliches gilt für Denkpausen oder Moratorien, die sich wegen der Dringlichkeit der medizinischen Probleme verbieten.

Andere aus der allgemeinen Medizinethik bekannten Strategien können hingegen auch in der Notfallsituation konstruktiv angewendet werden.

Aus der Diskursethik stammt das induktive Schlussfolgern („bottom-up“), also der Vorrang des konkreten Einzelfalles vor der Durchsetzung einer abstrakten Norm. In diesem Sinn sollte das Personal weitgehende Flexibilität und Kreativität beim Finden von eventuell auch unkonventionellen Lösungen aufbringen.

! Übertriebene Sorge vor der Verletzung von Dienstvorschriften ist nicht angebracht, mithilfe exakter Dokumentation einschließlich der Schilderung der Ausgangssituation und der handlungsleitenden Überlegungen kann unangenehmen Nachforschungen souverän begegnet werden.

Typische Beispiele für diese Vorgangsweise sind bei Verweigerung einer Therapie, wo vielleicht ambulante Kontrollen anstelle der ursprünglich vorgesehenen stationären Aufnahme vereinbart werden können, wenn die Patientin grundsätzlich paktfähig wirkt.

Ob und in welcher Form die Angehörigen einer Patientin in die Betreuung eingebunden werden sollen, hängt stark von der medizinischen Dringlichkeit, dem Bewusstseinszustand und den Sprachkenntnissen der Patientin ab. Grundsätzlich sollten Kinder **nicht** als Dolmetscher herangezogen werden, sondern professionelle Dolmetscher dies übernehmen. Im Akutfall und in der Nacht wird man allerdings jede denkbare Verständigungsmöglichkeit nützen. Es sollte ganz klar zwischen jenen Entscheidungen unterschieden werden, die in die ärztliche Verantwortung fallen und anderen, bei denen die Angehörigen ein gewisses Mitspracherecht besitzen. Weiters gibt es Situationen, wo eben das Gegenteil, nämlich das Ausschließen der Angehörigen und das ungestörte Gespräch mit der Patientin allein unabdingbar sind; so etwa beim Verdacht auf häusliche Gewalt oder Kindesmissbrauch.

Bei sehr besorgten oder erregten Angehörigen droht eine Interaktion manchmal außer Kontrolle zu geraten. So schwierig es auch sein mag, muss der Arzt versuchen zu de-eskalieren, etwa durch klare, feste Sprache, mit der aber Verständnis für die nervliche Anspannung signalisiert wird, durch Hereinholen einer Krankenschwester etc. Es muss ganz klar sein, dass die Patientin sich in Spitalspflege begeben hat und das Personal seine Pflichten wahrnehmen wird, dass aber auch die Patientin die Pflicht zur Kooperation hat.

Die Patientenautonomie stellt zwar ein zentrales Prinzip der Medizinethik dar, es ist aber wichtig zu betonen, dass sie nicht von vornherein als gegeben vorliegt, sondern erst durch den „informed consent-Prozess“ hergestellt werden muss (Langer 2011). Der Umfang der Patientenaufklärung hängt wesentlich von der Tragweite und Dringlichkeit des Eingriffs ab; je dringlicher und vor allem unter Notfallbedingungen darf der informed consent-Prozess kursorisch sein (Moore et al. 2014). Im Falle von Komplikationen und einer Rechtsklage müsste die Patientin nämlich den Beweis erbringen, dass sie der Handlung nicht zugestimmt hätte, wenn sie ausführlicher über eventuelle Nebenwirkungen aufgeklärt worden wäre.

Bei bewusstloser und/oder vital gefährdeter Patientin oder im Extremfall bei permanent vegetativen Status kommt das Konzept des „substituted judgement“ (mutmaßlicher Wille) der Patientin zur Anwendung. Dieses nimmt als Ausgangspunkt an, dass die Absicht und der Wunsch der gesunden Schwangeren *vor* dem Ereignis jener nach einem möglichst gesunden Kind war und dies daher auch *danach* angenommen werden darf. Dabei kann es durchaus gerechtfertigt sein, die Absichten der Schwangeren anhand ihrer eigenen, zielgerichteten Handlungen zu hinterfragen und zu konkretisieren. So etwa darf bei regelmäßigen, dokumentierten Vorsorgeuntersuchungen inklusive Screening-Ultraschallkontrollen fraglos ein zukunftsgerichtetes, fürsorgliches Handeln zugunsten des Kindes unterstellt werden. Ein Präzedenzfall für diese Fragestellung war vor Jahren das sogenannte „Erlanger Baby“. Dabei verfiel eine junge Schwangere im II. Trimenon nach einem Verkehrsunfall in ein irreversibles Hirnversagen (Hirntod). Als Beweis, dass sie eine Haltung „Pro Kind“ einnähme, wurde angeführt, dass sie die Frist für einen evt. Schwangerschaftsabbruch verstreichen hatte lassen. Diese Position, die letztlich zu einer Frau im permanent-vegetativen Zustand als „Brutkasten“ geführt hätte, wurden m.E.n. zu Recht heftig kritisiert.

Beim Fall des sogenannten „Erlanger Babys" wurde hingegen zu Recht bezweifelt, ob allein das Verstreichenlassen der Frist zur Abtreibung bereits ein fürsorgliches Handeln darstellt.

11.8 Präventive Ethik

Zwei pragmatische Alltagsstrategien sollten berücksichtigt werden: Wann immer personell möglich, sollte für einen Notfalleingriff wie eine perimortem caesarean section das „best team available", unabhängig von etwaigen Dienstzuteilungen, zusammengestellt werden. Wenn der betreuende Arzt nach reiflicher Überlegung zu dem Schluss kommt, dass er den von der Patientin gewünschten Eingriff nicht durchführen kann/will, ist er dazu verpflichtet, die Patientin an einen Kollegen, der dies evtl. durchführt, zu überweisen; das schließt sogar Adressen im Ausland mit ein.

Die am ehesten Erfolg versprechende Strategie sind **Simulationstrainings des gesamten Teams**, die auch ethische Fragen beinhalten sollten (Bogne et al. 2014; Smith et al. 2012). Für andere Situationen, wie Notfälle im Kreißsaal oder der neonatologischen Reanimation, konnte nämlich gezeigt werden, dass professionell durchgeführte Teamtrainings eindeutige Erfolge zeitigen (Sorensen 2007).

Zu den kennzeichnenden Features solcher Drills gehören: ein nicht zum Team gehöriger, ausgebildeter Leiter, Bereitschaft und Freiwilligkeit der Teilnehmer, geschützte Atmosphäre ohne Hierarchie, keine Schuldzuweisungen, Vor- und Nachbesprechung; gute technische Ausstattung wie realistischer Schauplatz, Videoaufnahmen, die bei der Nachbesprechung analysiert werden.

Literatur

Benson MD, Padovano A, Bourjeily G, Zhou Y (2014) Perimortem Cesarean Delivery: Injury-Free Survival as a Function of Arrest-to-Delivery Interval Time. Obstet Gynecol. 123(1): 137S

Bogne V, Kirkpatrick C, Englert Y (2014) Simulation training in the management of obstetric emergencies. A review of the literature. Rev Med Brux. 35(6): 491–8

Chervenak FA, McCullough LB, Skupski DW (1993) An ethical justification for emergency, coerced cesarean delivery. Obstet Gynecol. 82(6): 1029–35

Drukker L, Hants Y, Sharon E, Sela HY, Grisaru-Granovsky S (2014) Perimortem cesarean section for maternal and fetal salvage: concise review and protocol. Acta Obstet Gynecol Scand. 93(10): 965–72

Farinelli CK, Hameed AB (2012) Cardiopulmonary resuscitation in pregnancy. Cardiol Clin 30(3): 453–61

Freedman LR, Landy U, Steinauer J (2008) When there's a heartbeat: miscarriage management in Catholic-owned hospitals. Am J Public Health 98(10): 1774–8

Greene MF (2008) Emergency contraception: a reasonable personal choice or a destructive societal influence? Clin Pharmacol Ther 83(1): 17–9

Hoelle RM, Elie MC, Weeks E, Hardt N, Hou W, Yan H, Carden D (2015) Evaluation of healthcare use trends of high-risk female intimate partner violence victims. West J Emerg Med. 16(1): 107–13

Holmer H, Oyerinde K, Meara J, Gillies R, Liljestrand J, Hagander L (2015) The global met need for emergency obstetric care: a systematic review. BJOG 122(2): 183–9

Katz VL (2012) Perimortem cesarean delivery: its role in maternal mortality. Semin Perinatol. 36(1): 68–72

Langer M (2011) Ethische Probleme in der Geburtshilfe. In: Schneider H, Husslein P-W, Schneider KTM (Hrsg.) Die Geburtshilfe, 4. Auflage Springer, Heidelberg, S. 1168–1181

Lavecchia M, Abenhaim H (2015) Cardiopulmonary resuscitation of pregnant women in the emergency department. Resuscitation pii: S0300-9572(15)00035-0

Lipman S, Cohen S, Einav S, Jeejeebhoy F, Mhyre JM, Morrison LJ, Katz V, Tsen LC, Daniels K, Halamek LP, Suresh MS, Arafeh J, Gauthier D, Carvalho JC, Druzin M, Carvalho B; Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology (2014) The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology consensus statement on the management of cardiac arrest in pregnancy. Anesth Analg. 118(5): 1003–16

Mittal S (2014) Emergency contraception – Potential for women's health. Indian J Med Res. 140 Suppl: S45–52

Moore GP, Moffett PM, Fider C, Moore MJ (2014) What emergency physicians should know about informed consent: legal scenarios, cases, and caveats. Acad Emerg Med. 21(8): 922–7

Smith A, Edwards S, Siassakos D (2012) Effective team training to improve outcomes in maternal collapse and perimortem caesarean section. Resuscitation 83(10): 1183–4

Sorensen SS (2007) Emergency drills in obstetrics: reducing risk of perinatal death or permanent injury. JONAS Healthc Law Ethics Regul. 9(1): 9–16; quiz 17–8

Sweeney J, Maietta R, Olson K (2015) An analysis comparing "sim huddles" to traditional simulation for obstetric emergency preparedness. Nurs Womens Health 19(1): 16–25

Tirkkonen J, Olkkola KT, Tenhunen J, Hoppu S (2015) Ethically justified treatment limitations in emergency situations. Eur J Emerg Med. 2015 Jan 30 [Epub ahead of print]

Van McCrary S, Green HC, Combs A, Mintzer JP, Quirk JG (2014) A delicate subject: The impact of cultural factors on neonatal and perinatal decision making. J Neonatal Perinatal Med. 7(1): 1–12

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Langer

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. Medizinstudium in Wien und Montpellier. Habilitation 1991 mit der Monographie „Somatopsychische Gynäkologie".

Leitender Oberarzt der Abteilung für Geburtshilfe und Fetomaternale Medizin, Medizinische Universität Wien, Österreich. Systemischer Psychotherapeut. Ehem. Mitglied der Ethikkommission der MedUni Wien.

12 Ethische Herausforderungen beim Massenanfall von Notfallpatienten

Florian Reifferscheid

Der Massenanfall ist dadurch gekennzeichnet, dass eine große Anzahl verletzter oder erkrankter Notfallpatienten die in der prähospitalen Notfallmedizin aktiven Einsatzkräfte an ihre Grenzen führt. Die größte Herausforderung für den an seiner Bewältigung beteiligten Arzt besteht darin, die zumindest in der Anfangsphase knappen Ressourcen so einzusetzen, dass möglichst vielen Patienten geholfen werden kann. Diesem Ziel muss der Wunsch des Arztes nach einer alltagsmedizinisch üblichen individuellen Maximaltherapie geopfert werden.

12.1 Definition

Der Massenanfall Verletzter oder Erkrankter (MANV/E) definiert sich nicht über eine starre Anzahl Betroffener oder ein bestimmtes Ausmaß einer Schadenslage. Er resultiert vielmehr aus der Relation des Notfalls zu den vorhandenen Ressourcen.

Dabei kann es sich ebenso gut um einen Verkehrsunfall mit einer größeren Anzahl Verletzter im ländlichen Raum wie um eine Lebensmittelvergiftung in einem Seniorenheim oder einer Schule handeln. Die DIN EN 13050 „Begriffe im Rettungswesen" (NARK 2009) definiert den MANV/E als „Notfall, mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen". Abzugrenzen ist er von der Katastrophe, die dieselbe DIN als „über das Großschadensereignis hinausgehendes Ereignis, mit einer wesentlichen Zerstörung oder Schädigung der örtlichen Infrastruktur, das im Rahmen der medizinischen Versorgung mit eigenen Mitteln und Einsatzstrukturen des Rettungsdienstes allein nicht bewältigt werden

kann“, beschreibt. Im Umkehrschluss kann der MANV/E vom Rettungsdienst allein bewältigt werden.

> *Die Besonderheit der Katastrophe dagegen besteht nicht allein in ihrem Schadensausmaß, sondern in der Schädigung der Infrastruktur, weshalb ihre Bewältigung erschwert und ihre Dauer deutlich länger ist als die eines MANV/E.*

In der Folge der Terroranschläge vom 11. September 2001 und der Hochwasserlagen in Deutschland hat die Konferenz der deutschen Innenminister und -senatoren (IMK) eine „Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland“ (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2010) beschlossen und in dieser vier Risikokategorien und korrespondierende Schutz- und Versorgungsstufen beschrieben (vgl. Tab. 19).

Tab. 19 Schutz- und Versorgungsstufen (nach Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2010); VS = Versorgungsstufe

VS	Beschreibung	Schutzziele	Schutzpotenziale
1	Normierter alltäglicher Schutz	Hilfeleistung für individuelle Notfälle im Rahmen des Rettungsdienstes	Rettungsdienst gemäß Rettungsdienstgesetzen der Länder
2	Standardisierter, flächendeckender Grundschutz	Hilfeleistung für Schadenereignisse mit einer definierten Zahl Verletzter/Erkrankter in einem Zuständigkeitsbereich, Aufbau und Betrieb von Patientenablagen	Rettungsdienst, Schnelleinsatzgruppen, Teileinheiten des Sanitäts-/Betreuungsdienstes des KatS
3	Erhöhter Schutz für gefährdete Regionen und Einrichtungen	Hilfeleistung für Schadenereignisse, die nicht mit dem Potenzial des Grundschutzes abzudecken sind, Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes	Rettungsdienst, Schnelleinsatzgruppen, Teileinheiten des Sanitäts-/Betreuungsdienstes des KatS, überörtliche Hilfe
4	Sonderschutz mithilfe von Spezialkräften	Hilfeleistung für Schadenereignisse, die von Art und Umfang her nicht ausschließlich auf der Stufe 3 bewältigt werden können, Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes mit der Möglichkeit zur Dekontamination Verletzter	Teileinheiten des Sanitäts-/Betreuungsdienstes des KatS, überörtliche Hilfe, Medizinische Task Forces, Analytische Task Forces

12.2 Einsatzarten und Besonderheiten

Immer wieder werden die Rettungskräfte im In- und Ausland mit MANV/E, aber auch Katastrophen konfrontiert. Dabei ist es weniger entscheidend, ob es sich um einen „einfachen“ MANV/E oder eine Katastrophe handelt. Wesentlich ist, wie der Rettungsdienst und die Katastrophenschutzeinrichtungen auf Gefahrensituationen vorbereitet sind und die Einsatzkräfte mit ihnen umzugehen verstehen. Ursachen solcher Einsatzsituationen können so vielfältig sein wie das tägliche Leben. Daher ist die Vorbereitung auf konkrete Situationen nur begrenzt möglich. Ein zentrales Register besteht in Deutschland weder für MANV/E noch für Katastrophen, was die

wissenschaftliche Beurteilung erschwert. Eine Umfrage (Ellebrecht 2013) unter mehr als 4.000 Rettungsassistenten und Notärzten hat gezeigt, dass das Gros der MANV/E aus Unfällen mit bis zu 10 Verletzten oder Betroffenen besteht. In diesem Bereich dominieren Verkehrsunfälle. Handelt es sich um Großeinsätze mit mehr als 25 Verletzten oder Betroffenen, so sind dies meist Brände, Gefahrgutunfälle oder Vergiftungen/Erkrankungen. Bei diesen Unfällen sind zwar regelmäßig mehr Personen betroffen, allerdings ist deren Verletzungsgrad geringer als bei Verkehrsunfällen. Hingegen gehen gerade Brände und Gefahrgutunfälle häufig mit Belastungen für die Einsatzkräfte einher, weil es binnen kurzer Zeit die Dynamik der Bedrohung einzuschätzen und einen eventuellen Evakuierungsbedarf festzulegen gilt. Als weitere Auslöser für derartige Konstellationen kommen schwere Unglücksfälle, Naturereignisse und Epidemien in Betracht. Sonderfälle, die den Einsatz spezialisierter Einsatzkräfte erfordern und Helfer und Betroffene mental verunsichern und entsprechend belasten können, sind sogenannte CBRN-Lagen, wozu chemische (C), biologische (B) sowie radiologische (R) und nukleare (N) Gefahren zählen.

Im Bereich der kriminellen oder gar terroristischen Handlungen sehen sich die Helfer mit einer neuen Dimension konfrontiert. Nicht nur müssen sie die willkürlich herbeigeführte Schädigung zahlreicher Unbeteiligter psychisch verarbeiten, besonders belastend sind gerade diejenigen Fälle, bei denen auch die Rettungskräfte durch austretende Gefahrstoffe oder anhaltende kriminelle bzw. terroristische Aktivitäten selbst gefährdet sind und das Ausmaß der Bedrohung nur abstrakt abzuschätzen ist. Vor allem bei Terroranschlägen, das haben Gewaltakte im Nahen Osten, aber auch der Anschlag auf das World Trade Center in New York gezeigt, sind die Rettungskräfte durch auf den Erstschlag folgende weitere Detonationen selbst in Gefahr und damit extremer Beanspruchung ausgesetzt. Ähnlich verhält es sich angesichts von Amoktaten wie etwa in Erfurt oder Winnenden, deren Dynamik und exakte Bedrohung nur schwer einzugrenzen sind.

12.3 Einsatzkonzepte

Die Bewältigung eines größeren Notfallereignisses bedarf eines Einsatzkonzeptes, das bereits von den ersten an der Schadensstelle eintreffenden Kräften angewandt und gebahnt wird. Gerade die Initialphase eines solchen Einsatzes hat einen maßgeblichen Einfluss auf den weiteren Verlauf und den Erfolg des Einsatzes. Bisher gibt es kein bundesweit einheitliches und allgemein verbindliches Konzept, allerdings gibt es eine Reihe von Einzelschritten, die zur Bewältigung eines größeren Notfallereignisses erforderlich sind. Nach der allgemein notwendigen Sorge um einen ausreichenden Eigenschutz der Einsatzkräfte gilt es, einen eventuell vor Ort befindlichen – ggf. vorläufigen – Einsatzleiter aufzusuchen und sich mit diesem über die Lage und die veranlassten Maßnahmen abzusprechen. Dieser kann, je nach Einsatzart, der ranghöchste anwesende Mitarbeiter der Feuerwehr, der Polizei oder des ersteintreffenden Rettungsmittels des Rettungsdienstes sein. Im Anschluss daran muss eine rasche Lageerkundung durchgeführt werden. Deren Ziel ist es, das Ausmaß des Schadens, die Anzahl Geschädigter und deren Verletzungs- oder Erkrankungsschwere, eventuelle Gefahrenquellen (bspw. auslaufende Betriebsstoffe, Feuer, Gase, Elektrizität, etc.), Art und Umfang der zur Bewältigung erforderlichen Kräfte sowie eine räumliche Orientierung für die nachfolgende Strukturierung der Einsatzstelle abzu-

schätzen. Mit den Ergebnissen der Lageerkundung muss eine qualifizierte Rückmeldung an die einsatzführende Leitstelle erfolgen. In dieser sind darüber hinaus Anfahrmöglichkeiten und Bereitstellungsräume sowie der Funkrufname des Ansprechpartners vor Ort zu nennen.

Diesen ersten Schritten kommt eine sehr hohe Bedeutung zu. Es ist essenziell, dass die organisatorischen Maßnahmen hinsichtlich der Struktur der Einsatzstelle und ihrer Umgebung in jedem Fall der individualmedizinischen Versorgung der Patienten vorausgehen.

Gerade Fehler in der Raumordnung können im weiteren Verlauf des Einsatzes nicht korrigiert bzw. ausgeglichen werden. Der Umstand, dass gerade in strukturschwachen, ländlichen Einsatzgebieten die häufig kleine Zahl an Einsatzkräften auf absehbare Zeit nicht mit der Patientenversorgung, sondern mit planerischen Aufgaben betraut ist, stellt für diese Helfer regelmäßig ein Dilemma dar. Was die Patienten angeht, müssen erste Patientenablagen definiert werden. Diese dienen einerseits als Übergabepunkte, wenn Patienten von Feuerwehr oder Polizei aus dem Gefahrenbereich gerettet werden müssen, und andererseits der Konzentration an festgelegten Orten, um deren weitere Versorgung übersichtlicher zu strukturieren. Gegenstand der Diskussion ist es, ob man bereits an dieser Stelle Unverletzte bzw. leicht von schwerer Verletzten trennen und ggf. an einem weiter entfernten Ort sammeln sollte.

12.4 MTF und weitere Katastrophenschutzeinheiten

Auch wenn die DIN 13050 den MANV/E definitiv von der Katastrophe unterscheidet, da Ersterer mit den eigenen Kräften und Mitteln des Rettungsdienstes zu bewältigen sei, kommt es in der Praxis bereits bei niedrigeren Schwellen zur Vermischung der jeweiligen Einheiten (entsprechend Versorgungsstufe 2). So ist gerade im ländlichen Raum bei größeren Notfallereignissen häufig der Einsatz sogenannter Schnelleinsatzgruppen (SEG) geboten. Diese rekrutieren sich meist aus ehrenamtlichen Helfern der fünf Hilfsorganisationen oder aus dienstfreien Kräften des regulären Rettungsdienstes. SEG sind vielfach Teileinheiten von Katastrophenschutzformationen etwa der Einsatzeinheiten des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), sodass hier ein fließender Übergang vom Einsatz der regulären Rettungsdienstkräfte hin zu dem der Katastrophenschutzeinheiten erfolgt. Gerade wenn es sich bei einem MANV/E um einen länger dauernden Einsatz, bspw. infolge eines Feuers oder einer Evakuierung, handelt, werden neben den reinen sanitätsdienstlichen auch betreuungdienstliche Einheiten zum Einsatz gebracht. Vom Bund werden aktuell über ganz Deutschland verteilt 61 sogenannte Medical Task Forces (MTF) (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2015) aufgebaut. Diese Komponenten sind vornehmlich für den überregionalen Einsatz bei großflächigen Katastrophen wie etwa dem regelmäßig wiederkehrenden Elbehochwasser konzipiert und so ausgerichtet, dass sie mindestens 48 Stunden autark arbeiten können. Dabei sollen die Kräfte der MTF entweder an der Schadensstelle bspw. Behandlungsplätze (BHP) einrichten und betreiben, um eine Versorgung vor Ort zu bewerkstelligen, oder bei zerstörter Infrastruktur, mit der Einrichtung eines BHP vor einem Krankenhaus auch örtliche Strukturen der Gesund-

heitsversorgung verstärken. Den Hilfsorganisationen, die die Einsatzkräfte für die MTF stellen und so deren Einsatzbereitschaft aufrechterhalten, sind deren Fahrzeuge und Mittel ausdrücklich auch zu organisationseigenen oder Zwecken des erweiterten Rettungsdienstes überlassen.

12.5 Hilfe nach dem Maß der Not – die Sichtung

Unabhängig davon, welche Kräfte letztendlich zum Einsatz kommen, ist bei MANV/E und Katastrophen gerade zu Beginn ein häufig eklatantes Missverhältnis zwischen Opfern und Helfern anzutreffen. Dieses Missverhältnis, geprägt von wenigen Rettungskräften, die zudem zunächst organisatorische Maßnahmen ergreifen müssen, begründet auch die größte ethische Herausforderung in der Bewältigung einer solchen Einsatzsituation. Notarzt und Notfallsanitäter müssen entscheiden, in welcher Abfolge und welchem Ausmaß Betroffenen geholfen werden kann. Diese notwendige Festlegung einer Reihenfolge der zu Versorgenden ist auch als Triage bekannt. Der Ausdruck ist vom französischen Verb *trier* für sortieren abgeleitet und wurde während der napoleonischen Kriege geprägt (Gerlach 2012), als es zu entscheiden galt, welcher verwundete Soldat eine Chance auf Heilung bekam und welcher auf dem Schlachtfeld zurückgelassen werden musste. Um die militärische Konnotation zu vermeiden, wird im zivilen Kontext der Begriff Sichtung vorgezogen.

> *Ziel der Sichtung in der Katastrophenmedizin ist eine möglichst lange Aufrechterhaltung bzw. möglichst schnelle Wiederherstellung individualmedizinischer Versorgungsstrukturen für eine Vielzahl Geschädigter (Sefrin u. Weidringer 2003).*

In der Absicht, die bestehenden Vereinbarungen zur Sichtung zu vereinheitlichen und zu vereinfachen, lud die Schutzkommission beim Bundesinnenminister 2002 zahlreiche notfall- und katastrophenmedizinische Experten aus Deutschland und dem benachbarten Ausland zur Beratung ein. In dieser Konferenz wurden vier Sichtungskategorien definiert, die sowohl beim MANV/E als auch in Katastrophenfällen zur Anwendung kommen sollen. Darüber hinaus wurde ein Mindestdatensatz zur Sichtungsdokumentation (s. Tab. 20) beschlossen.

Tab. 20 Mindestdatensatz zur Sichtungsdokumentation (nach Sefrin u. Weidringer 2003)

Patientennummer	Unverwechselbare Identifikationsnummer
Sichtungskategorie in römischen Zahlen	farbcodiert nach Ampel-Schema
Kurzdiagnose	einschließlich „Strichmännchen"

Teil des hippokratischen Eids ist es, jeden Patienten ohne Ansehen von Alter, Konfession, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit oder sozialer Stellung gleich zu behandeln. Eine die medizinische Behandlung priorisierende Sichtung darf, diesen ethischen Grundsatz beachtend, allein von der Bewertung der Schädigungsschwere geleitet sein. Ziel einer solchen Sichtung muss es sein, akut lebensbedrohlich gefährdete Patienten, die einer sofortigen Behandlung oder eines zügigen Trans-

ports bedürfen, zu identifizieren und sie von denjenigen zu trennen, die nicht oder nur leicht verletzt sind (Adler et al. 2011). Im Rahmen der Sichtung müssen die therapeutischen auf lebensrettende Sofortmaßnahmen (LSM) wie das Freimachen der Atemwege, das Stillen einer stark blutenden Wunde oder die stabile Seitenlage begrenzt werden. Gemäß der Konsensuskonferenz (Sefrin u. Weidringer 2003) werden akut vital bedrohte Patienten, die einer sofortigen Behandlung bedürfen, der Sichtungskategorie 1 (rot) zugewiesen. Schwer verletzte oder erkrankte Patienten, bei denen keine vitale Bedrohung vorliegt, werden der Sichtungskategorie 2 (gelb) und solche, bei denen eine spätere, möglicherweise ambulante Behandlung ausreichend erscheint, der Sichtungskategorie 3 (grün) zugeteilt (s. Tab. 21). Die Verwendung der Kategorie 4 (blau) für Patienten, deren Schädigung so gravierend ist, dass sie unter den Umständen begrenzter Ressourcen ohne Überlebenschance sind, wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Einigkeit besteht weitgehend darin, dass diese Kategorie nur zur Anwendung kommen soll, wenn die Merkmale einer Katastrophe und hier vor allem die zerstörte oder beschädigte Infrastruktur, gegeben sind. Gleichwohl setzt der Vollzug der Sichtung den dafür Verantwortlichen, der ihr Patienten, denen im Falle eines Individualnotfalls und einer individualmedizinischen Maximalversorgung eine Rettung möglicherweise zuteil würde, zuzuweisen hat, ethisch gewaltig unter Druck. Die Entscheidung, Patienten eine Behandlung vorzuenthalten, bis die Ressourcen an der Einsatzstelle ausreichen, um damit zu beginnen, erhöht die Wahrscheinlichkeit ihres Versterbens. Die Frage nach ihrer Zulässigkeit zur möglichen Rettung mehrerer weniger schwer geschädigter Patienten kann nur für den jeweiligen konkreten Fall bewertet und nicht abschließend beantwortet werden. Moralisch muss solchen Patienten auch in der Katastrophe eine angemessene, palliative, ärztliche Behandlung zuteil werden, damit ihnen zumindest Schmerzen genommen werden können. Tote werden entsprechend, oftmals schwarz, gekennzeichnet. Sie sollten von den übrigen Patienten separiert werden, auch wenn dies die unumgängliche, nachfolgende Arbeit der Ermittlungsbehörden erschwert.

Tab. 21 Sichtungskategorien und ihre Behandlungskonsequenzen (nach Sefrin u. Weidringer 2003)

Farbe	Sichtungskategorie	Beschreibung	Konsequenz
Rot	1	Akute, vitale Bedrohung	Sofortbehandlung
Gelb	2	Schwer verletzt/erkrankt	Aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit
Grün	3	Leicht verletzt/erkrankt	Spätere (ambulante) Behandlung
Blau	4	Ohne Überlebenschance	Betreuende (abwartende) Behandlung
		Tote	Kennzeichnung

Die Sichtung selbst ist als dynamischer Prozess zu betrachten und muss wiederholt durchgeführt werden. Die frühere Absicht, bereits mit der ersten Sichtung zugleich eine Entscheidung über Transportprioritäten zu treffen, wurde 2002 verlassen. So beschreibt bspw. Sefrin (2012) hinsichtlich der Besonderheiten des jeweiligen Sichtungsvorgangs drei verschiedene Typen der Sichtung:

1. Vorsichtung – im unmittelbaren Schadensbereich, um zu entscheiden, wer zuerst gerettet bzw. einer interventionellen Therapie zugeführt werden muss.

2. Behandlungssichtung – nach Einrichtung einer Behandlungsstruktur, um die Patienten den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten zuzuweisen, bspw. am Eingang eines BHP.
3. Transportsichtung – nach dem Erkennen der Behandlungsgrenzen oder der Stabilisierung des Patienten vor Ort, um die Reihenfolge des Abtransports festzulegen.

12.6 Vorsichtung

Da gerade im ländlichen Raum die Ressource Notarzt über einen längeren Zeitraum zu Beginn der Schadensbewältigung knapp ist, hat sich eine 2012 nachfolgende Sichtungskonferenz der Schutzkommission für die Durchführung einer Vorsichtung durch Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitäter ausgesprochen. Diese Sichtung wird bereits von den ersten eintreffenden Rettungskräften begonnen und nicht bis zum Eintreffen des ersten oder gar des Leitenden Notarztes verzögert. Zu diesem Zweck haben sich verschiedene Algorithmen etabliert, mit denen vor allem die von einem Notfallereignis schwer Betroffenen identifiziert werden können. Eine einfache Option ist die sogenannte Sweeping Triage, bei der Patienten rot und nicht rot gekennzeichnet werden. Von den Handreichungen für eine Vorsichtung ist der mSTaRT-Algorithmus (Kanz et al. 2006; Offterdinger et al. 2014), eine Modifikation des in den USA gebräuchlichen STaRT-Algorithmus (STaRT = Simple Triage and Rapid Treatment), bei der neben der reinen Sichtungsentscheidung auch erste therapeutische Maßnahmen beschrieben sind, in Deutschland am weitesten verbreitet. Bedenkt man, dass für die Sichtung eines Patienten bis zu zwei Minuten angesetzt werden müssen (Gerlach 2012), so wäre ein einzelner Notarzt mit dieser Aufgabe womöglich unverhältnismäßig lange gebunden und von ersten notfallmedizinischen Interventionen abgehalten.

> *Es ist also sinnvoll, gerade bei knappen Ressourcen, die Vorsichtung zunächst auf nicht ärztliches Personal und gegebenenfalls mehrere Schultern zu verteilen, um einen schnellen Überblick darüber zu gewinnen, wie schwer die Opfer beeinträchtigt sind und die als rot gesichteten Patienten frühzeitig aus dem Schadensgebiet retten zu können.*

Da keiner der vorhandenen Algorithmen wissenschaftlich evaluiert ist, hat die Schutzkommission die Entwicklung und Evaluation eines Algorithmus in Auftrag gegeben. Entwickelt wurde in der Folge der PRIOR-Algorithmus (Primäres Ranking zur initialen Orientierung im Rettungsdienst) (s. Abb. 7), der im Gegensatz zu anderen sich sowohl für chirurgische als auch für konservativ-medizinische Beeinträchtigungen eignet (Bubser et al. 2014). PRIOR orientiert sich am rettungsdienstlich inzwischen etablierten ABCDE-Schema und beginnt mit der Frage nach einer CBRN-Lage. In der Folge werden die wichtigsten Vitalfunktionen abgefragt und entsprechend pathologischer Zustände bewertet, um die Sichtungskategorien 1–3 zu vergeben. Die Autoren waren bemüht, mit diesem Algorithmus auch bspw. kardial bedrohte Patienten bei einem Feuer zu identifizieren und sie nicht aufgrund ihrer Geh-

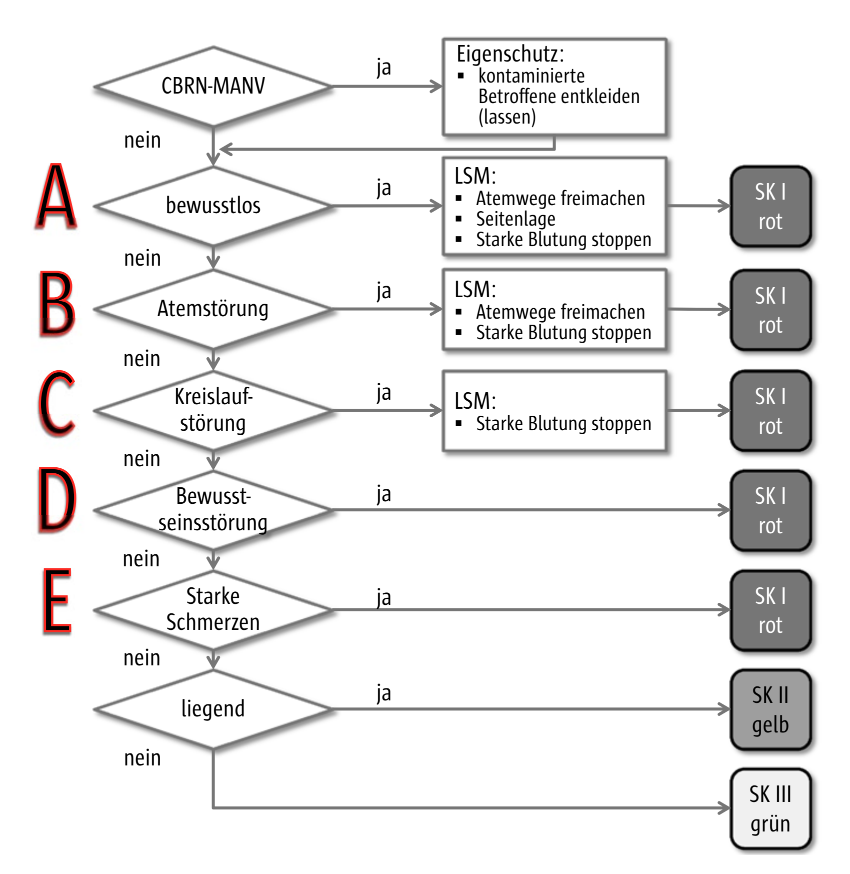


Abb. 7 PRIOR-Algorithmus (nach Bubser et al. 2014)

fähigkeit wie bspw. beim mSTaRT zunächst in die Kategorie 3 zu sichten. Die Verwendung eines möglichst einheitlichen Algorithmus für eine Erst-, aber auch für folgende Sichtungen durch nicht ärztliches oder ärztliches Personal gibt den Helfern eine Orientierung und erleichtert ihnen nicht nur die Einteilung in die jeweilige Sichtungskategorie, sondern zugleich den Umgang mit diesen Entscheidungen nach Abschluss des Einsatzes bei dessen persönlicher Bewältigung.

> *Die Erfahrung aus vergangenen Großschadensfällen zeigt, wie wichtig es ist, dass nicht nur jeder Patient im Laufe eines solchen Einsatzes obligat mindestens einmal ärztlich gesichtet werden muss, sondern dass vor allem die für tot erklärten Opfer vor einem Abtransport von der Einsatzstelle noch einmal von einem Arzt untersucht werden müssen. Die Feststellung des Todes bleibt auch beim MANV/E ein ärztliches Primat.*

12.7 Dokumentation

Zur Dokumentation des Sichtungsergebnisses hat die Konsensuskonferenz einen Mindestdatensatz definiert (s. Tab. 20). Dieser ist Bestandteil der meisten sogenannten Verletztenanhängekarten, mit denen Betroffene gekennzeichnet werden können. Leider gibt es in Deutschland derzeit kein einheitliches und flächendeckend verbindliches System, weshalb die Vielzahl verschiedener solcher Anhängekarten gerade die Arbeit bei überregionalen MANV/E erschwert. Exemplarisch sei hier die Karte des DRK (s. Abb. 8) genannt, die vermutlich allein aufgrund der Größe und Aktivität des DRK in diesem Bereich die weiteste Verbreitung hat. Das System ist geeignet, Informationen zu Patient und Sichtungsergebnis zuverlässig zu erfassen und auch deren Entwicklung festzuhalten. Daneben kann das Sichtungsergebnis deutlich sichtbar farbcodiert und bei Veränderungen auch aktualisiert werden. Die DRK-Karte enthält zudem eine Suchdienstkarte und ist damit bei länger anhaltenden Katastrophensituationen ohne Veränderungen ebenfalls anwendbar. Daneben ist es wichtig, an den einzelnen Stationen eine Übersichtsdokumentation zu führen, damit sichergestellt ist, dass jeder Beteiligte erfasst und über seinen Verbleib ein Nachweis geführt wurde.



Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke innenliegend

Anhängekarte für Verletzte/Kranke

Name

Vorname

Geburtsdatum/-Alter

Nationalität

Patienten-Nr. aufkleben

RD 0140

♂ m ♀ f

Datum Date

Sichtung Kategorie	1. Sichtung Uhrzeit/Name	2. Sichtung Uhrzeit/Name	3. Sichtung Uhrzeit/Name	4. Sichtung Uhrzeit/Name
I				
II				
III				
IV				

Transportmittel

Transportziel Destination

Transport Transportation Transport	liegend lying couche	sitzend sitting assis	mit Notarzt with doctor avec médecin	isoliert isolated isolé	Priorität Priority Priorité a ○ b ○

Innenliegende Suchdienstkarte

1. Ausfertigung	weitergeleitet referred, acheminé	○
2. Ausfertigung	weitergeleitet referred, acheminé	○

Generalsekretariat 02/2006

Kurz-Diagnose short diagnose

Verletzung injury blessure

Verbrennung burn brulure

Erkrankung disease maladie

Vergiftung intoxication

Verstrahlung excessive radiation radiation excessive

Psyche psychic condition état psychique

Zustand/Uhrzeit		
Bewusstsein consciousness connaissance	o.B.	○
	↓	○
Atmung respiration	o.B.	○
	↓	○
Kreislauf circulation	o.B.	○
	↓	○

Erst-Therapie	
Infusion infusion	○
Analgetika	○
Antidote	○
sonstige Medikamente other drugs autres médicaments	○

Bemerkungen notes remarques

Generalsekretariat 02/2006

Abb. 8 Verletztenanhängekarte des DRK

12.8 Krisenintervention und Notfallseelsorge

Bei einem MANV/E kommt der Krisenintervention und Notfallseelsorge bei der Versorgung von Betroffenen an der Einsatzstelle eine besondere Bedeutung zu. Der frühzeitige Einsatz entsprechender Kräfte zur Betreuung und Information der leicht oder unverletzten wie auch der, so weit angewandt, in die Kategorie 4 gesichteten Patienten kann die medizinischen Einsatzkräfte entlasten und den Betroffenen eine wichtige Hilfe sein. Im Nachgang eines entsprechenden größeren Notfallereignisses spielen Krisenintervention bzw. entsprechend spezialisierte Teams auch in der Begleitung der Einsatzkräfte eine wichtige Rolle, um posttraumatische Belastungsstörungen oder andere unter dem Begriff des „Second Victim“ (Schiechtl et al. 2013) zusammengefasste Gesundheitsschäden bei den Helfern zu vermeiden.

12.9 Training und Vorbereitung

Jeder MANV/E und jede Katastrophensituation sind anders. Daher sind, abgesehen von wenigen Ausnahmen, die Vorbereitung und das Training auf spezielle Situationen schwierig. Allerdings kommt es bei der Bewältigung jedes größeren Notfallereignisses auf die Beachtung der immer gleichen wesentlichen, insbesondere organisatorischen Schritte an. Daher ist es wichtig, dass Erfahrungen, sei es aus Übungen oder realen Einsätzen, geteilt und die Lehren daraus für alle gezogen werden können. Regelmäßige theoretische, vor allem aber praktische Fortbildungen und Übungen, bspw. anhand von Planspielen, sind wertvolle und obligate Bestandteile der Vorbereitung. Sie helfen im Ernstfall den Handelnden, die notwendigen Entscheidungen auf eine breitere Basis zu gründen. Dabei ist es sinnvoll, alle infrage kommenden Einsatzgruppen, Rettungsfachpersonal, Notärzte und Angehörige der Feuerwehren und Polizei, eines Gebietes möglichst gemeinsam trainieren zu lassen, damit die Abläufe im Ernstfall reibungsloser vonstatten gehen. Ein nationales MANV/E-Register könnte einen wertvollen Beitrag leisten, Besonderheiten verschiedener Szenarien herauszuarbeiten und die Vorbereitung entsprechend zu optimieren.

Literatur

Adler C, Donner A, Kühling M, Krüsmann C (2011) (Vor-)Sichtung und elektronische Betroffenenerfassung bei einem Massenanfall von Verletzten. In: Mendel K, Hennes P (Hrsg.) Handbuch des Rettungswesens. Mendel Verlag, Witten

Bubser F, Callies A, Schreiber J, Grüneisen U (2014) PRIOR: Vorsichtungssystem für Rettungsassistenten und Notfallsanitäter. Rettungsdienst 37(8): 730–4

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2010) Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland. Wissenschaftsforum Band 4. 2010

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2015) Das neue Ausstattungskonzept des Bundes – Die Medizinische Task Force (MTF). http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/MTF/AlggemeineGrundlagen/Ausstattungskonzept_2007.html

DIN-Normenausschuss Rettungsdienst und Krankenhaus (NARK) (2009) DIN 13050 Begriffe im Rettungswesen

Ellebrecht N (2013) Die Realität der Sichtung. Notfall Rettungsmed. 16(5): 369–76

Gerlach K (2012) Präklinische Triage-Systeme. Notfallmedizin up2date 7: 181–97

Kanz H, Hornburger P, Kay M, Mutschler W, Schäuble W (2006) mSTaRT-Algorithmus für Sichtung, Behandlung und Transport bei einem Massenanfall von Verletzten. Notfall Rettungsmed 9: 264–70

Offterdinger M, Ladehof K, Paul A, Hansen M (2014) Eine einfache Checkliste als Hilfsmittel zur Vorsichtung mit dem mSTaRT-Algorithmus. Notfall Rettungsmed. 17: 415–9

Schiechtl B, Hunger M, Schwappach D, Schmidt C, Padosch S (2013) „Second victim". Anaesthesist 62: 734–41

Sefrin P (2012) Sichtung – zentrales Element zur Bewältigung eines Großschadensfalls und einer Katastrophe. Der Notarzt 28: 194–202

Sefrin P, Weidringer JW (2003) Sichtungskategorien und deren Dokumentation. Dtsch Ärztebl. 100: 2057–8



Dr. med. Florian Reifferscheid

Facharzt für Anästhesiologie und Notfallmedizin. Nach dem Studium an der Universität Hamburg, mit Auslandsaufenthalt in der Schweiz, erfolgte die Facharztausbildung an der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Ärztlicher Leiter Notarztdienst der Klinik und leitender Hubschrauberarzt des Christoph 42 in Rendsburg sowie Sprecher der Leitenden Notarztgruppe des Kreises Rendsburg-Eckernförde. Engagement als Landesarzt des DRK-Landesverbands Hamburg und in den Vorständen der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte (AGNN) und des Forums Leitender Notärzte in Schleswig-Holstein (FLN-SH).

13 Ethische Herausforderungen bei psychisch bedingten Notfallsituationen

Frank Lasogga

13.1 Was für Notfallpatienten und Situationen gibt es?

Zunächst einmal ergibt sich die Frage: Was sind psychisch bedingte Notfallsituationen? Bereits diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Bei einer psychisch bedingten Notfallsituation werden viele sicherlich sofort daran denken, dass jemand eine psychische Störung wie eine Depression, Schizophrenie oder eine Suchterkrankung hat und dass sich im Umgang mit diesen Personen ethische Herausforderungen ergeben.

Einige der relevanten psychischen Störungen sind im Folgenden kurz skizziert. Zur Beschreibung und Diagnose psychischer Störungen wird das Diagnostische und Statische Manual Psychischer Störungen DSM 5 (Falkai u. Wittchen 2015) herangezogen. Das International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD 10 (Dilling et al. 2011), das ebenfalls eine allerdings kürzere Beschreibung enthält, und das DSM haben sich in den letzten Jahren immer stärker angeglichen. Deshalb wird hier nur das DSM herangezogen, zumal dies auch neueren Datums ist.

13.1.1 Depressive Notfallpatienten

Im DSM 5 wird eine ganze Reihe von depressiven Störungen aufgeführt. Den klassischen Prototyp dieser Störungsgruppe repräsentiert die Major Depression. Sie ist u.a. gekennzeichnet durch depressive Episoden. Diese müssen für die Diagnose zwei Wochen dauern, sind meistens aber länger und „durch klar abgrenzbare Veränderungen im Affekt, der Kognition und neurovegetativen Funktionen sowie Remission zwi-

schen den Episoden charakterisiert" (Falkai u. Wittchen 2015: 209). In diesen Episoden treten u.a. eine depressive Verstimmung an fast allen Tagen für die meiste Zeit des Tages, deutlich vermindertes Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten etc. auf und die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen. Ein Suizidrisiko ist während der gesamten Zeit vorhanden. Eine nicht geringe Anzahl von Personen, die einen Suizid begehen, ist an einer Depression erkrankt (gewesen). Aber nicht nur bei einem Suizidversuch kann es zu Problemen kommen, sondern auch, wenn beispielsweise interveniert werden muss, weil eine Mutter aufgrund der Depression ihr Kind vernachlässigt.

13.1.2 Schizophrene Notfallpatienten

Zum Schizophrenie-Spektrum gehören eine ganze Reihe von Störungen. Sie sind durch eines oder mehrere Hauptmerkmale gekennzeichnet wie: „Halluzinationen, Wahn, desorganisiertes Denken (desorganisierte Sprache), grob desorganisiertes Verhalten oder gestörte Motorik" (Falkai u. Wittchen 2015: 117). Bei den von Schizophrenie Betroffenen, eine Form der Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum, begehen gemäß DSM 5 6% Suizid, 20% unternehmen einen Suizidversuch und viele haben ausgeprägte Suizidvorstellungen.

13.1.3 Borderline-Störung

Patienten mit einer Borderline-Störung weisen ein „tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität" auf (Falkai u. Wittchen 2015: 909). Die meisten der an einer Borderline-Störung Erkrankten denken an Suizid, ca. 5–10% begehen Suizid. Die Borderline-Störung tritt allerdings häufig zusammen mit anderen Persönlichkeitsstörungen auf, sodass diese Zahl mit Vorsicht zu genießen ist.

13.1.4 Störung durch Alkoholkonsum

Alkoholabhängigkeit, im DSM 5 definiert als Alkoholkonsumstörung, ist weit verbreitet. Für die BRD wird häufig die Zahl von ca. 1,5 Millionen Abhängigen angegeben. Um von einer Alkoholkonsumstörung zu sprechen, müssen im DSM 5 mindestens 2 von 11 Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten erfüllt sein. Andere Störungen wie Schizophrenie oder bipolare Störungen (aus dem Formenkreis der Depression) sind häufig mit der Alkoholkonsumstörung verbunden. Alkoholabhängige sind verstärkt suizidgefährdet.

Alkoholkonsumstörung gemäß DSM 5

A. Alkoholkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden. Mindestens zwei der Kriterien müssen innerhalb von 12 Monaten erfüllt sein:

1. Alkohol häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert
2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, Konsum zu verringern oder kontrollieren
3. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum oder Erholung von Wirkung

4. Craving oder starkes Verlangen nach Konsum
5. Wiederholter Konsum, der zu Versagen bei Erfüllung wichtiger Verpflichtungen führt
6. Fortgesetzter Konsum trotz ständiger sozialer und zwischenmenschlicher Probleme, die durch Auswirkungen von Alkohol bedingt sind
7. Wichtige soziale, berufliche Aktivitäten aufgrund des Konsums aufgegeben oder eingeschränkt
8. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen Konsum zur körperlichen Gefährdung führt
9. Fortgesetzter Konsum trotz körperlichem oder psychischem Problem aufgrund des Konsums
10. Toleranzentwicklung
    a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung für erwünschten Effekt
    b. Deutlich verminderte Wirkung derselben Menge
11. Entzugssymptome
    a. Charakteristisches Entzugssymptom in Bezug auf Alkohol
    b. Konsum, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden

13.1.5 Aggression

Personen können aggressiv gegenüber anderen sein, aber Aggressionen können sich auch gegen sich selbst richten. In beiden Fällen muss die Handlungsfreiheit eingeschränkt werden, auch wenn die Personen dies nicht wollen. Damit erhebt sich die Frage, ab welchem Punkt eine derartige Einschränkung des Einzelnen gerechtfertigt ist und wie weit diese gehen kann. Im DSM 5 ist keine Störung „Aggression“ vorhanden, wohl aber die „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“, die sich u.a. durch Reizbarkeit und Aggressivität äußert.

13.1.6 Suizid, Suizidversuch

Die dargestellten und andere Störungen können zu einem Suizidversuch oder zu Suizid führen, sodass auch dieses Thema behandelt werden soll. Im wissenschaftlichen Bereich wird der Begriff Suizid statt anderer Begriffe verwandt. Dieser Begriff hat eine neutrale Konnotation. Begriffe wie „Freitod“ oder „Selbstmord“ haben eine positive oder negative Konnotation.

In der BRD unternehmen jährlich ca. 10.000 Menschen einen Suizid. Die Zahl liegt vermutlich höher, da viele Suizide beispielsweise als Unfälle ausgegeben werden. Wesentlich höher – Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl 10–30-mal so hoch ist – liegt die Zahl an Suizidversuchen.

Ein Suizid bzw. Suizidversuch kann im Zusammenhang mit einer Störung begangen werden, aber auch andere Umstände sind möglich, beispielsweise der sogenannte Bilanzsuizid. Die Positionen zur Berechtigung eines Suizids gehen weit auseinander. Eine Position besagt, dass der Mensch das Recht auf einen Suizid hat. Die gegenteilige Position wird ebenso vertreten, nämlich dass der Mensch kein Recht auf Suizid hat. Beide Positionen sind bereits bei Philosophen in der Antike zu finden und ziehen

sich seitdem durch die Philosophie. Eine weitere Position besagt, dass jeder Mensch psychisch gestört ist, der einen Suizidversuch unternimmt oder einen Suizid begeht.

Das Recht auf Suizid

Von den Vertretern dieser Position wird argumentiert, dass jeder Mensch ein Recht auf einen Suizid hat. Der Mensch könne infolge einer Bilanz *frei-willig* (also aus freiem Willen) Suizid begehen, und dieses Recht stehe ihm zu. Der Mensch habe das Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie. Auch könne das Leben zu solch einer Last werden, dass jemand den Tod vorzieht. Wenn jemand sagt: „Ich will sterben", hat eine andere Person demnach nicht das Recht zu sagen: „Du darfst das nicht. Du siehst das falsch. Ich sehe das richtig. Du musst am Leben bleiben." Eine derartige Haltung, in der die Autonomie des Menschen betont wird, wird philosophisch begründet.

Eng damit hängen auch Überlegungen zur indirekten und passiven Sterbehilfe („Sterbenlassen") zusammen. Bei der indirekten Sterbehilfe können medizinische Maßnahmen eingesetzt werden, die das Leiden vermindern, aber gleichzeitig das Leben durch den Einsatz dieser Maßnahmen verkürzen. Bei dem „Sterbenlassen" (international wird dafür häufig der Begriff „passive Sterbehilfe" verwendet) wird auf lebensverlängernde oder lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet. So kann die künstliche Ernährung eingestellt oder ein Sauerstoffgerät abgeschaltet werden. Berücksichtigt wird dabei häufig der mutmaßliche Wille des Patienten.

Kein Recht auf Suizid

Auch die gegenteilige Haltung wird philosophisch und auch theologisch begründet. Demnach hat kein Mensch das Recht, Suizid zu begehen, sondern ist zum Leben verpflichtet. Begründet wird dies u.a. damit, dass allein Gott über das menschliche Leben verfügen darf. Außerdem verstoße Suizid gegen das Prinzip der Eigenliebe und Nächstenliebe.

Suizid im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung

Suizid wird häufig von Personen begangen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden. Insbesondere sind hier Störungen aus dem depressiven Formenkreis zu nennen, ferner Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie schizophrene Störungen. Dass diesen Personen Hilfe anzubieten ist, steht außer Frage. Allerdings ist auch hier zu fragen, inwieweit diese Menschen ein Recht auf Suizid haben. Möglicherweise würden diese Menschen auch nach einer Psychotherapie Suizid begehen. Hier spielt wieder der Gedanke, dass ein nicht psychisch Beeinträchtigter keinen Suizid begeht, eine zentrale Rolle.

Eine weitere Position besagt, dass Suizid nicht nur im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auftritt, sondern dass jeder Mensch, der Suizid bzw. einen Suizidversuch begeht, psychisch gestört ist. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Realitätsbezug verzerrt, der Suizid irrational und impulsiv und Ausdruck einer psychischen Störung sei (Fenner 2008: 93). Der dies feststellt, ist aber gesund, und er könne das entscheiden. Damit hat er nicht nur das Recht, den Menschen vom Suizid abzuhalten, sondern auch die Pflicht. Des Weiteren habe ein jeder Mensch die Pflicht zu leben. Damit muss man einen Menschen zum Leben zwingen, auch wenn er dies

nicht will. Dieses Menschenbild ist normativ. Es wird davon ausgegangen, dass kein Mensch Suizid begehen würde, wenn er nicht psychisch gestört ist. Ein Suizid aufgrund einer freiwilligen klaren Entscheidung ist hierbei ausgeschlossen. Andere verneinen eine derartige Sichtweise allerdings vehement.

Folgen eines Suizidversuchs

Ein Suizidversuch kann diverse Folgen nach sich ziehen. Eine Folge können schwere gesundheitliche Schäden sein. Ein weiteres Problem können die Angehörigen sein. Die Angehörigen können sich einerseits Vorwürfe machen, dass die Person einen Suizidversuch unternommen hat. Andererseits können sie aber auch eine Mitschuld an dem Suizidversuch tragen, sehen dies aber nicht ein. Sie sind möglicherweise nicht angemessen mit dem Menschen umgegangen, oder ihnen ist es mehr oder minder gleichgültig, ob die Person einen Suizidversuch unternommen hat. Es erhebt sich dann die Frage, wie sie nach dem Suizidversuch mit dem Suizidalen umgehen und damit auch die Frage, wie mit den Angehörigen umgegangen werden soll. Schließlich zeigt ein Suizidversuch häufig nur eine kurzfristige Wirkung in der Richtung, dass Aufmerksamkeit erzielt wird, die aber bald wieder nachlässt. Manche Angehörige stellen auch nach kurzer Zeit ihre Bemühungen wieder ein.

Vor diesem Hintergrund erhebt sich die Frage, wie ein Rettungsteam mit Personen umgehen soll, die einen Suizidversuch unternommen, aber überlebt haben. Wenn eine realistische Chance besteht, dass keine starken physischen oder psychischen Beeinträchtigungen im Fall des Überlebens bestehen bleiben, ist nach Ansicht des Autors alles zu unternehmen, dass die Person überlebt. Aufgrund des Suizidversuchs kann sich die Lebenssituation ändern, sei es, dass die Person therapeutische Hilfe bekommt, die bewirkt, dass sie eine lebensbejahende Haltung einnimmt, sei es, dass Angehörige ihr Verhalten im Umgang mit der Person ändern, oder aufgrund einer anderen Änderung.

Es sind aber auch andere Situationen denkbar: Eine Person kann im Koma liegen, wenn das Rettungsteam vor Ort erscheint und die Person hat einen Abschiedsbrief hinterlassen, aus dem hervorgeht, dass sie nicht mehr leben will. In diesem Fall wird letztendlich das Verhalten des Rettungspersonals davon abhängig sein, ob die Beteiligten meinen, dass ein Mensch ein Recht auf einen Suizid hat oder nicht. In ersterem Fall wird es eher zugelassen werden, dass die Person stirbt, in letzterem Fall wird alles unternommen werden, dass die Person überlebt.

13.1.7 Reanimation

Eine weitere Problematik stellt die Frage der Reanimation (nicht nur bei Suizidalen) dar. Teilweise muss unter Zeitdruck und bei Informationsdefiziten entschieden werden, ob mit Reanimationsmaßnahmen begonnen werden soll und wann sie abgebrochen werden sollen. Die Entscheidung fällt nicht nur unter rein medizinischen Gesichtspunkten, sondern auch Variablen wie der Patient, die Situation und natürlich der Arzt sind von Bedeutung. Bei niedrigerem sozialem Status, mehrfachen Suizidversuchen, Demenz oder geistiger Retardierung wird seltener eine Reanimation eingeleitet. Hinsichtlich des Arztes sind die Berufserfahrung und die Gruppenzugehörigkeit relevant: Chirurgen brechen eine Reanimation früher ab als andere Gruppen (Hick et al. 2000).

13.1.8 Unterschiedliche Positionen

Wie im Falle einer Reanimation oder eines Suizidversuchs vorgegangen werden soll, kann zu Konflikten im Rettungsteam führen. Beispielsweise kann es beim Auffinden einer älteren leblosen Person oder bei einer nach einem Suizidversuch sehr schwer verletzten Person bei den Mitgliedern eines Rettungsteams sehr unterschiedliche Vorstellungen über das Vorgehen geben. Einige vertreten die Auffassung, keine Reanimationsversuche zu unternehmen, während andere mit Reanimationsmaßnahmen beginnen möchten (Lasogga u. Karutz 2012).

Dies ist sicherlich kein günstiger Zeitpunkt, die Standpunkte lange auszudiskutieren. Faktisch sieht es so aus, dass die ranghöchste Person die Entscheidung fällt. Allerdings kann diese Person auch die eigene Meinung zur Diskussion stellen und sich überstimmen lassen. Eine Entscheidung sollte von den übrigen Mitgliedern des Rettungsteams in diesem Moment akzeptiert werden. Sie sollte aber im Nachhinein diskutiert werden, allerdings ohne dass dieser Person Vorwürfe gemacht werden. Letztendlich sollte die Diskussion dazu führen, dass Leitlinien festgelegt werden, wie in derartigen Situationen vorgegangen wird. Schließlich muss schnell eine Entscheidung gefällt werden und es kann beispielsweise kein Ethikkomittee herangezogen werden.

13.1.9 Todesnachricht mitteilen

Ein ethisches Problem kann sich bei der Mitteilung einer Todesnachricht ergeben. So kann eine Person, die augenscheinlich nicht überleben wird, explizit nach ihren Überlebenschancen fragen. Es steht die Entscheidung aus, ob ihr dies mitgeteilt werden soll. Für eine Mitteilung spricht, dass Menschen in den letzten Minuten ihres Lebens nicht belogen werden sollten. Dagegen spricht, dass es einigen Personen sehr schwerfallen könnte, mit dieser Information umzugehen, und sie leidend aus dem Leben scheiden. Als Kriterium könnte letzten Endes die Einschätzung des Patienten gesehen werden, ob dieser es verkraftet. Keine Rolle sollte bei der Entscheidung spielen, ob diese Mitteilung dem Helfer (Arzt, Rettungsdienstmitarbeiter, Notfallseelsorger etc.) schwerfällt. Natürlich ist eine derartige Haltung nicht einfach, aber „it's part of the job". Hilfreich ist es, sich mit dieser Problematik und eng damit verbunden auch mit der eigenen Person auseinanderzusetzen und entsprechende Fortbildungen zu besuchen oder die eigene Position beispielsweise in Supervisionsgruppen zu reflektieren.

Eine weitere Problematik kann auftreten, wenn jemand beispielsweise selbst schwer verletzt ist und nach dem Überleben von Angehörigen fragt. Auch hier erhebt sich die Frage, ob ihm wahrheitsgemäß mitgeteilt werden sollte, dass sie tot sind. In diesem Fall kann manchmal auf Zeit gespielt werden, beispielsweise in dem man sagt, dies kann momentan nicht mit Sicherheit gesagt werden, aber man werde sich darum kümmern. Die Mitteilung könnte dann erfolgen, wenn mehr Personal zur Verfügung steht, beispielsweise auch wenn ein Notfallseelsorger gerufen werden konnte (Lasogga 2011).

13.2 Autonomie, Urteilsfähigkeit

Bei vielen Entscheidungen stellt sich auch die Frage der „Autonomie" bzw. „Urteilsfähigkeit". Beide Begriffe sind sehr komplex. Sie sind nicht eindeutig definiert und können wohl auch nicht eindeutig definiert werden. Einigkeit besteht allerdings darin, dass Personen aufgrund einer Störung wie Schizophrenie oder aufgrund von starkem Alkoholkonsum nicht oder nur eingeschränkt urteilsfähig sein können. Bei Extremfällen ist eine derartige Einschätzung unproblematisch, problematisch sind jedoch die Fälle, die nicht eindeutig sind. Weniger problematisch ist es, wenn ein Patient bereits in einer Patientenverfügung für diesen Fall Vorgaben gemacht hat. Ansonsten ist die vertretungsberechtigte Person zu informieren und deren Einverständnis einzuholen.

13.3 Von Entscheidungen betroffene Personengruppen

Von den Entscheidungen der Helfer können viele Personen betroffen sein. Die Meinung dieser Personen muss sich nicht decken, sie können andere Meinungen haben, wobei auch die Interessen unterschiedlich sein können.

> Ein berühmtes Beispiel für unterschiedliche Meinungen ist die Patientin Terri Schiavo (Wikipedia Zugriff am 11.5.2015). Terri Schiavo hatte eine durch Sauerstoffmangel bedingte schwere Gehirnschädigung erlitten. Die Eltern und der Ehemann beurteilten die Situation unterschiedlich und waren sich uneinig über die Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen. Die Eltern meinten, eine Heilung oder eine signifikante Besserung sei möglich. Diese Ansicht wurde nur von wenigen Fachleuten geteilt, der Ehemann gehörte nicht dazu. Er verwies auch darauf, dass seine Ehefrau mehrmals den Wunsch geäußert hatte, in einem derartigen Fall nicht künstlich am Leben gehalten werden zu wollen. Die Auseinandersetzung wurde schließlich über Jahre hinweg vor Gericht ausgetragen und beschäftigte auch die Medien sehr stark. Die künstliche Ernährung wurde insgesamt 3-mal eingestellt. Vor Gericht hatten die Eltern 2-mal erreicht, dass die künstliche Ernährung wieder aufgenommen und die künstliche Magensonde eingeführt wurde. Insgesamt befassten sich 19 Richter mit dem Verfahren, ferner auch Politiker. Terri Schiavo lag 15 Jahre lang im Wachkoma. Nach dem Tod wurde die Leiche obduziert. Dabei stellte sich heraus, dass ihre Hirnschädigung so stark war, dass keine Behandlung eine Verbesserung bewirkt hätte. Dieser Fall führte nicht nur in den USA zu einer großen Diskussion über Sterbehilfe bzw. Sterbenlassen.

Wie ersichtlich, ist bei Angehörigen die Entscheidung nicht immer einheitlich oder eindeutig. Sie kann zwischen verschiedenen Angehörigen divergieren, aber auch intraindividuell kann eine Entscheidung schwerfallen. Auf der einen Seite möchte man nicht mit ansehen, wie eine Person leidet, wenn sie weiterlebt, aber man möchte auch nicht, dass sie nicht mehr lebt.

Angehörige können schließlich aus ganz banalen Gründen ein Interesse haben, dass jemand noch lebt oder nicht mehr lebt. Wenn die Person lebt, haben sie jemand, den sie versorgen können, und damit eine Aufgabe. In diesem Fall steht nicht das Wohl des Patienten im Vordergrund, sondern das eigene. Beide Wünsche, dass der Patient leben und dass er sterben soll, können aber beim Angehörigen auch gleichzeitig vorhanden sein. Die Gefühle und Entscheidungen eines Menschen sind nicht wie eine

mathematische Lösung: Man muss nur lange genug über ein Problem nachdenken und dann hat man die Lösung. Sich widersprechende Gefühle können gleichzeitig vorhanden sein, und auch sich widersprechende Gedanken können gleichzeitig vorhanden sein.

Weitere betroffene Personengruppen können beispielsweise das Pflegepersonal sein. Sie haben möglicherweise eine Beziehung zu dem Patienten aufgebaut und sind auch emotional von der Angelegenheit betroffen. Das Pflegepersonal kann leiden, wenn der Patient weiterlebt, aber es kann auch leiden, wenn er stirbt. Hinzu kann auch der Druck von außen kommen, von Freunden, Bekannten, der Kirche oder auch der Gesellschaft. Da eine Diskussion oft ausgeklammert wird – wie überhaupt das Thema Tod und Sterben –, sind die Meinungen dazu oft nicht sehr reflektiert.

Bei derartigen Entscheidungen spielt natürlich auch eine Rolle, was ein Patient gewollt hätte. Darauf kann, wenn ein Patient nicht gefragt werden kann, allerdings nur geschlossen werden, und das Ergebnis kann unterschiedlich ausfallen. Eindeutiger sieht es aus, wenn ein Patient für einen derartigen Fall eine Patientenverfügung hinterlassen hat. Liegt diese nicht vor oder ist nicht bekannt, ist nach seinem mutmaßlichen Willen zu entscheiden.

13.4 Aufarbeitung

Entscheidungen in den oben skizzierten Situationen sind nicht einfach, zumindest wenn man reflektiert mit diesen Situationen umgeht. Häufig wird eine Unsicherheit bleiben, ob die Entscheidung richtig war. Deshalb ist es hilfreich, über diese Entscheidungen zu sprechen. Derartige Gespräche entlasten, Gedanken werden neu strukturiert, wenn über etwas gesprochen wird. Außerdem können Gedanken von Kollegen oder anderen Personen zu einer anderen Sichtweise führen, oder die eigene Sichtweise kann verstärkt werden.

Für Gespräche bieten sich mehrere Möglichkeiten an: das Gespräch mit Kollegen, mit der Familie oder Freunden. Derartige Gespräche werden häufig von Personen in helfenden Berufen genutzt. Darüber hinaus bietet sich eine Supervisionsgruppe an. Zu empfehlen ist, eine Supervision regelmäßig 2–3-mal im Jahr durchzuführen, außerdem, wenn akuter Bedarf besteht. In dieser Gruppe kann besprochen werden, wie mit Fällen umgegangen worden ist und auch wie man selbst psychologisch reagiert hat. Die Möglichkeit von Supervision sollte durch die Organisation bereitgestellt werden.

13.5 Fazit

Entscheidungen im Umgang mit psychisch bedingten Notfallsituationen bleiben immer schwer, einfache Antworten auf derartig komplexe Situationen kann es nicht geben. Auch philosophische Gedanken wie der Kategorische Imperativ von Kant: „Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte“ bieten letztendlich keine Entscheidungshilfe. Sie stellen nur eine allgemeine Grundlage dar, die interpretiert werden muss. Es gibt letztendlich keine objektiv ableitbaren Kriterien.

Für den Suizid gilt, dass ein dichotomes Denken, ein Mensch begehe entweder einen Bilanzsuizid oder weil er psychisch beeinträchtigt ist, zu kurz greift. Bei den meisten Menschen lässt sich dies nicht eindeutig sagen, und es kommen viele Faktoren zusammen.

Bei der Bewertung einer Handlung spielen auch die Zeit und die Kultur eine Rolle. Zurzeit ist in den Beneluxländern beispielsweise die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen erlaubt, in der BRD nicht. Das Sterbenlassen (passive Sterbehilfe) ist derzeit gemäß geltender Rechtsprechung in den meisten europäischen Ländern erlaubt. Die Beihilfe zum Suizid (assistierter Suizid) ist in den europäischen Ländern und den Staaten der USA teilweise erlaubt, teilweise verboten.

Vergessen werden sollte dabei auch nicht, dass es sich lediglich um die Meinung von Juristen handelt, wobei verschiedene Juristen auch noch divergierende Meinungen vertreten können. Die Meinung von Juristen ist auch nicht per se ethisch-moralisch richtig. Dies gilt letztendlich für die Ansicht eines jeden Menschen, auch für die Ansicht eines Theologen. Auch er äußert seine persönliche Meinung, die darüber Aufschluss gibt, wie er bestimmte Teile der Bibel theologisch interpretiert. Von anderen Personen, auch von anderen Theologen, kann dies anders interpretiert werden. Gesetze und die Rechtsprechung sind nicht identisch mit dem moralischen Recht. Zu unterscheiden sind die ethisch-moralische Perspektive, die juristische, die theologische, die medizinische etc.

Ein Problem wird bleiben, zu entscheiden, wann bei einer Person Autonomie vorhanden ist, wann sie urteilsfähig, wann fremdbestimmt ist. Eine einfache Antwort hierauf gibt es ebenfalls nicht. Jeder einzelne Fall muss sorgfältig bewertet werden. Für das generelle Verhalten kann es daher nur wenige Regeln geben. Falls man bei der Entscheidung unsicher ist, ist dies gut. Derartige Entscheidungen fallen letztendlich nicht 100 zu 0 aus, sondern beispielsweise 60 zu 40. Die Entscheidung könnte ein Jahr später auch umgekehrt ausfallen.

Es empfiehlt sich, bei schwierigen Fragen ein Ethikkomitee einzuschalten und mit diesem über den Fall zu beraten (Maio 2012). In diesem oder einem ähnlichen Gremium sollten möglichst auch Vertreter unterschiedlicher Gruppen sitzen, beispielsweise Ärzte, Pflegepersonal und Notfallseelsorger. Für die Entscheidung stehen diverse Modelle zur Verfügung (Rabe 2012). Für eine Entscheidung sollten die Personen nicht nur beruflich kompetent sein, sondern auch moralisch-ethisch geschult. Qualifizierungsmöglichkeiten finden sich z.B. unter http://www.aem-online.de/ oder http://www.ethikkomitee.de/zertifizierung/zertifizierung/index.html.

Vergessen werden sollte nicht, dass bei der Entscheidung das eigene Wertesystem und die persönliche Lebenseinstellung eine zentrale Rolle spielen. Häufig wird das eigene Wertesystem nicht hinterfragt, sondern generalisiert, ohne dass realisiert wird, dass es sich um eine unzulässige Generalisierung handelt.

Zusammengefasst:

- *Entscheiden Sie bei jedem Patienten individuell.*
- *Sprechen Sie vor einer Entscheidung mit anderen Personen über Ihre Entscheidung.*
- *Rufen Sie bei schwierigen Entscheidungen ein Ethikkomitee an.*

- *Versuchen Sie nicht, durch endloses Nachdenken die objektiv richtige Lösung zu finden – es gibt sie nicht.*
- *Machen Sie sich klar, dass Ihre Entscheidung letztendlich von Ihrem Weltbild abhängt.*
- *Falls für eine Diskussion keine Zeit verbleibt, entscheidet die ranghöchste Person.*
- *Sprechen Sie nach einer Entscheidung mit anderen Personen.*
- *Sprechen Sie in einer Supervisionsgruppe über Ihre Entscheidung und über ihr Empfinden in derartigen Situationen.*

Literatur

Dilling H, Mombour W, Schmidt M, Schulte-Markwort E, World Health Organization WHO Press Mr Ian Coltart (Hrsg.) (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10. Bern, Hans Huber

Falkai P, Wittchen H-U (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DM-5. Göttingen, Hogrefe

Fenner D (2008) Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit? München, Verlag Karl Albert

Hick C, Bengel J, Mohr M, Reiter-Theil S (2000) Ethik in der präklinischen Notfallversorgung. Nottuln, Verlag- und Vertriebsgesellschaft des DRK

Lasogga F (2011) Überbringen einer Todesnachricht. In: Lasogga F, Gasch B (Hrsg.) Notfallpsychologie – Ein Lehrbuch für die Praxis. 2. Auflage. Berlin, Springer, S. 347–356

Lasogga F, Karutz H (2012) Hilfen für Helfer. 2. Auflage. Edewecht, Stumpf & Kossendey

Maio G (2012) Ethik in der Medizin – eine praxisbezogene Einführung. In: Salomon F (Hrsg.) Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. 2. Auflage. Berlin, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 1–18

Rabe M (2012) Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung in der intensivmedizinischen Praxis. In: Salomon F (Hrsg.) Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. 2. Auflage. Berlin, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 29–40

Wikipedia: Terri Schiavo. Zugriff am 26.3.2015



Prof. Dr. Frank Lasogga

Herr Professor Lasogga studierte Psychologie an der Universität Hamburg. Seit 1975 lehrt und forscht er an der Universität Dortmund. Hauptarbeitsgebiet: Klinische Psychologie mit dem Schwerpunkt Notfallpsychologie (Psychische Erste Hilfe, Psychosoziale Notfallhilfe; Hilfen für Helfer etc.). Seit 1988 hat er zahlreiche Bücher und Artikel zur Notfallpsychologie verfasst.

14 Palliativmedizinische Kompetenz im Rettungsdienst

Christoph H.R. Wiese

14.1 Einleitung

Palliative Notfallsituationen stellen präklinische Notfallsituationen dar, die in den letzten Jahren zunehmend den Rettungsdienst (sowohl Notärzte als auch Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitäter) betreffen. Aufgrund der demografischen Entwicklung, verbesserter ursächlicher Therapiemöglichkeiten und der oftmals stattfindenden häuslichen Versorgung von Palliativpatienten werden auch Therapieentscheidungen (Maximaltherapie bis Therapielimitierung) vermehrt in den Aufgabenbereich des Rettungsdienstes fallen. Somit werden Patienten im palliativen Krankheitsstadium national und international durch Notfallmediziner (innerklinisch und präklinisch) behandelt (Wiese et al. 2013; Mercadante et al. 2012; Ingleton et al. 2009). Ein großer Teil dieser notfallmedizinischen Kontakte wäre bei optimaler Vorbereitung und ambulanter Versorgung dieser Patientengruppe vermeidbar (Wiese et al. 2013; Mercadante et al. 2012; Tsai et al. 2010). In diesem Zusammenhang sind eine gute Patientenvorbereitung und Kommunikation sowie eine verbesserte Aus- und Weiterbildung notfallmedizinischen Personals von besonderer Bedeutung.

Generell ist der Notarztindikationskatalog der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2012 ähnlich den Einsatzindikationen bei palliativen Notfallpatienten (Funktion: Bewusstsein, Atmung, Herz-Kreislauf, Schädigungen der Vitalfunktionen, Schmerz), sodass auf den ersten Blick bei der notfallmedizinischen Versorgung von Palliativpatienten keine Besonderheiten existent zu sein scheinen. Es fehlt allerdings hierbei die häufige psycho-soziale Komponente, die Einsatzindikationen für notfallmedizinisches Personal bei Palliativpatienten bedingen.

Primär gilt es zu bemerken, dass eine Grundvoraussetzung für notfallmedizinische Interventionen und Behandlungen das Vorliegen einer Zustimmung des einwilligungs- und entscheidungsfähigen Patienten bzw. beim nicht einwilligungs- und entscheidungsfähigen Patienten eine gültige Patientenverfügung sowie die medizinische Indikation für ein therapeutisches Vorgehen ist. Somit sind sowohl der autonome bzw. der mutmaßliche Patientenwille und die medizinische Indikation bedeutende Parameter für die notfallmedizinische Therapieentscheidung.

Es können sich für den Rettungsdienst und das Notfallteam bei der Versorgung palliativer Notfallpatienten folgende Probleme ergeben:

1. Erkennen des Palliativpatienten in der Notfallsituation
2. Klassifizierung des palliativen Notfalls
3. Therapie des palliativen Notfallpatienten als multidimensionales Geschehen
4. rechtliche Fragestellungen (z.B. Gültigkeit einer Patientenverfügung)
5. psychosoziale Fragestellungen (z.B. Überlastung der Angehörigen)
6. Weiterversorgung des Patienten (z.B. Palliativstation)

Somit können palliative Notfallsituationen bzw. die Therapie palliativer Notfallpatienten Probleme aus unterschiedlichen Gründen beinhalten, deren Darstellung in diesem Kapitel erfolgen soll.

14.2 Erkennen des Palliativpatienten in der Notfallsituation

Die Einsatzmeldung, die der Rettungsdienst über die Leitstellendisponenten erhält, weist oftmals die jeweiligen Krankheitssymptome bzw. z.T. bereits bestehende Verdachtsdiagnosen auf. Hierdurch ist es jedoch dem eingesetzten notfallmedizinischen Personal primär nicht möglich, einen eventuellen Palliativpatienten bereits im Vorfeld zu kennen bzw. zu erkennen. Insofern unterscheidet sich der palliative Notfall bereits zum Zeitpunkt der Alarmierung signifikant von z.B. pädiatrischen Notfällen, bei denen dem notfallmedizinischen Personal häufig bereits bei der Alarmierung über die Leitstelle mitgeteilt wird, dass es sich bei dem Notfallpatienten um ein Kind handeln wird. Somit hat das notfallmedizinische Personal in der Situation des palliativen Notfalls erst bei Eintreffen am Einsatzort bzw. beim Notfallpatienten die Möglichkeit, diesen entsprechend seiner Grunderkrankung ggf. als Palliativpatienten zu erkennen (Makowski et al. 2013).

Ein Problem in dieser Situation kann auch sein, dass der Patient vom notfallmedizinischen Personal als „palliativ" eingestuft wird, dieses aber weder dem Patienten noch seinen Angehörigen bewusst ist, da möglicherweise eine derartige medizinische Einschätzung im Vorfeld nicht kommuniziert oder vom Patienten und seinen Angehörigen nicht wahrgenommen wurde. In einem solchen Fall gilt es, den Patienten primär wie jeden anderen Notfallpatienten zu therapieren und hiernach ggf. einer Klinik/Notaufnahme zur weiteren Versorgung zuzuführen und somit dem eindimensionalen notfallmedizinischen Auftrag nachzukommen.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass der Patient bereits palliativmedizinisch vorbehandelt wurde und/oder ambulant palliativmedizinisch betreut und behandelt wird. In einem derartigen Fall erkennt das Notfallteam an der Einsatzstelle, dass es sich um einen Menschen mit einer palliativmedizinischen Grunderkrankung handelt und ggf. besondere therapeutische notfallmedizinische Maßnahmen erforderlich

werden können. Aus der Einordnung als Palliativpatient dürfen aber keine voreiligen Schlüsse gezogen werden.

„Palliativ“ ist nicht gleichzusetzen mit „Lebensende“.

Allein die Klassifikation des Menschen als Palliativpatient ist nur ein einzelner Hinweis auf eine möglicherweise multidimensionale und ggf. komplexere notfallmedizinische Versorgung. So gilt es entsprechend, nach der Identifikation des Palliativpatienten die Art des palliativen Notfalls und ggf. auch das Erkrankungsstadium des Patienten zu klassifizieren und hiernach entsprechende erweiterte Behandlungsstrategien zu entwickeln (Wiese et al. 2013).

14.3 Klassifizierung des palliativen Notfalls

Palliative Notfälle stellen primär ebenso wie alle anderen Notfallsituationen Einsatzindikationen für den Rettungsdienst bzw. den Notarzt dar. Von besonderer Bedeutung ist es, dass der Palliativpatient nach entsprechender Identifikation nicht per se ein sterbender Patient ist, da sich das Krankheitsstadium und auch die Lebenserwartung von Palliativpatienten sehr unterscheiden kann. Generell werden palliative Notfälle national und international derzeit in vier Hauptkategorien eingeteilt, die jeweils unterschiedliche notfallmedizinische Behandlungsansätze zur Folge haben (Wiese et al. 2012; Quest et al. 2011; Quest et al. 2010; Quest et al. 2009) (s. Tab. 22). Die jeweiligen Hauptkategorien können zusätzlich durch psychosoziale Überlastungsfaktoren der betreuenden Angehörigen bzw. Pflegedienste getriggert bzw. ausgelöst werden. Zusätzlich ist vom Notfallteam unabhängig der Kategorie des palliativen Notfalls die therapeutische medizinische Option sowie die medizinische Indikation realistisch und sinnvoll nach dem Erkrankungsstadium des Patienten zu beurteilen.

Tab. 22 Einteilung palliativer Notfälle

Kategorie 1	Palliative Notfallsituation, die unabhängig von der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt.
Kategorie 2	Palliative Notfallsituation, die in Zusammenhang mit der Therapie der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt.
Kategorie 3	Palliative Notfallsituation, die aufgrund einer erstmaligen Symptomexazerbation der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt.
Kategorie 4	Palliative Notfallsituation aufgrund der wiederholten Exazerbation bekannter Symptome, die durch die Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) begründbar sind.

Kategorie 1

Die Einsatzindikation für den Rettungsdienst (z.B. akutes Koronarsyndrom) hat ursächlich nichts mit der Grunderkrankung zu tun. Die Lebenserwartung des Patienten ist in dieser Kategorie oftmals sehr variabel und kann Wochen bis zu Jahren beinhalten. Prinzipiell sollte zuerst eine notfallmedizinische Behandlung der akuten Sym-

ptome bzw. der aktuellen Erkrankungssituation erfolgen. Sekundär bleibt sowohl prä- als auch innerklinisch abzuklären, welche therapeutischen Maßnahmen in welcher Ausprägung noch bei dem individuellen Patienten ergriffen werden sollen bzw. welchen Therapiewunsch der Patient bezüglich der neuen, von der Grunderkrankung unabhängigen Symptome, hat und welche medizinische Behandlungsindikation bei dem individuellen Patienten besteht. Wichtig sind aus notfallmedizinischer Sicht in dieser Situation folgende Parameter:

- Identifikation des Palliativpatienten
- primäre notfallmedizinische Therapie des neu aufgetretenen Symptoms
- Beurteilung des Erkrankungsstadiums
- Therapiewunsch des Patienten bezüglich des neu aufgetretenen Symptoms
- Transportvorbereitung und ggf. Transportbegleitung des Patienten in eine geeignete Klinik

Kategorie 2

Hier können z.B. Probleme der Therapie der palliativen Grunderkrankung den Notfall auslösen, so z.B. Folgesymptome einer Strahlen- und/oder Chemotherapie. Auch bei Auftreten derartiger, durch Nebenwirkungen getriggerter palliativer Notfallsituationen kann die Lebenserwartung des Patienten sehr variieren. So gilt es, notfallmedizinisch primär eine symptomkontrollierte Therapie zu beginnen und den Patienten dann im weiteren Verlauf in die Klinik zu transportieren, die den Patienten bezüglich seiner Grunderkrankung behandelt. An dieser Stelle kann und muss dann gemeinsam mit dem Patienten unter Berücksichtigung aller Faktoren das weitere Prozedere besprochen werden. Bei Symptomen, die durch das Notfallteam gut ambulant therapierbar sind, ist ein Verbleiben des Patienten im häuslichen Umfeld anzudenken. Ein derartiges Vorgehen ist auch von Bedeutung, wenn die Notfallsituation zusätzlich durch eine psychosoziale Überlastung der Angehörigen oder des Patienten mitverursacht ist. Wichtig sind aus notfallmedizinischer Sicht in dieser Situation folgende Parameter:

- Identifikation des Palliativpatienten
- primäre notfallmedizinische Therapie des durch die Therapie verursachten Symptoms
- Beurteilung des Erkrankungsstadiums
- Klärung der Vorbehandlung des Patienten
- Transport bzw. Transportbegleitung des Patienten in die den Patienten behandelnde Klinik (hierbei ggf. Abklärung der Situation mit der aufnehmenden Klinik)

Kategorie 3

Die erstmalige Symptomexazerbation der palliativen Grunderkrankung, z.B. erstmalige Dyspnoe bei Bronchialkarzinom, führt zum Notfall. Ein derartiges erstmalig auftretendes Symptom kann insbesondere bei Patient und betreuenden Angehörigen psychosoziale Reaktionen hervorrufen. Durch das Notfallteam gilt es primär, das Symptom zu therapieren aber auch sekundär die psychosozialen Probleme, die ggf. auch zu einer Alarmierung beigetragen haben, zu beachten und in die Therapie mit einzubeziehen. In diesem Krankheitsstadium, in dem palliative Notfälle der Kategorie 3 auftreten, ist die Lebenserwartung des Patienten oftmals limitiert. Häufig

sind derartige Symptome u.a. Ausdruck einer Progredienz der Grunderkrankung. Eine ambulante Therapie ist insofern nur bedingt sinnvoll, da die Symptome mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zukunft vermehrt/wiederholt auftreten können. Aus diesem Grund ist es empfehlenswert, den Patienten in eine geeignete Klinik mit ggf. vorhandener Palliativabteilung zu transportieren, um dort

1. eine symptomorientierte Therapie zu beginnen, die bei erneutem Auftreten auch in häuslicher Umgebung durch die betreuenden Angehörigen bzw. Pflegedienst durchgeführt werden kann und
2. ggf. die Integration eines ambulanten Palliativdienstes zu erwägen, um für den Patienten in häuslicher Umgebung eine optimale und an seine Bedürfnisse adaptierte Betreuung zu gewährleisten.

Die Organisation derartiger komplexer ambulanter Versorgungsstrukturen kann jedoch nicht in der Notfallsituation durch das Notfallteam gewährleistet werden. Sollte es sich bei dem Symptom um eine Verschlechterung der Situation im finalen Krankheitsstadium handeln, ist jedoch eine ambulante Therapie unter Einbezug der Angehörigen, des Hausarztes, des Pflegedienstes sowie ggf. eines ambulanten Palliativdienstes denkbar und anzustreben. In diesem Zusammenhang sind die sozialen Strukturen sowie der Wunsch/Wille des Patienten bezüglich erweiterter therapeutischer Maßnahmen zu eruieren. Wichtig sind aus notfallmedizinischer Sicht in dieser Situation folgende Parameter:

- Identifikation des Palliativpatienten
- primäre notfallmedizinische Therapie des, in Zusammenhang mit der Grunderkrankung stehenden, Symptoms
- Beurteilung des Erkrankungsstadiums
- Therapiewunsch und weitere Versorgung des Patienten bezüglich des neu aufgetretenen Symptoms
- Transport bzw. Transportbegleitung des Patienten in eine zur Versorgung des Patienten geeignete Klinik (hierbei ggf. Abklärung der Situation mit der aufnehmenden Klinik sowie optimalerweise Therapie und Betreuung auf einer Palliativstation)
- ggf. notfallmedizinische Organisation einer ambulanten weiteren Betreuung durch bereits in die Betreuung des Patienten integrierte Versorger (z.B. ambulante Palliativteams)

Kategorie 4

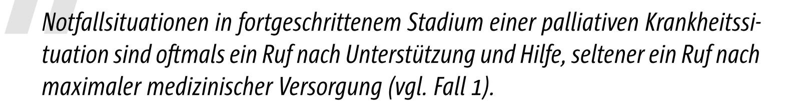
Wiederholte Exazerbationen bekannter Symptome, die durch die Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) begründbar sind, treten v.a. in gehäufter Form in einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium auf. Somit wären diese palliativen Notfälle antizipierend mithilfe ambulanter palliativmedizinischer Versorger vorbereitbar und oftmals auch durch betreuende Personen/Pflegedienste beherrschbar. Eine adäquate ambulante Weiterversorgung des Patienten muss allerdings gewährleistet sein, da es sonst in den meisten Fällen bei Wiederauftreten der Symptome zu einer erneuten Alarmierung des Rettungsdienstes kommen wird. Sollte eine innerklinische Versorgung des Patienten notwendig sein, ist zu eruieren, ob der Patient bereits auf einer Palliativstation behandelt worden ist. In einem solchen Fall ist es empfehlenswert, den Patienten auch erneut in die ihm bekannte Klinik zu transpor-

tieren. Bei Transport des Patienten in eine zentrale Notaufnahme empfiehlt es sich, dem Notaufnahmeteam die besondere Situation des Patienten zu erläutern und ggf. entsprechende Verordnungen und Arztbriefe mitzunehmen. Wichtig sind aus notfallmedizinischer Sicht in dieser Situation folgende Parameter:

- Identifikation des Palliativpatienten
- primäre notfallmedizinische Therapie des, in Zusammenhang mit der Grunderkrankung stehenden, Symptoms
- Beurteilung des Erkrankungsstadiums
- Therapiewunsch und weitere Versorgung des Patienten bezüglich Symptomexazerbation
- primär ambulante Versorgung des Patienten durch das Notfallteam
- Hinzuziehen eines geeigneten bzw. bereits in die Versorgung des Patienten integrierten ambulanten Palliativteams
- ggf. Transport bzw. Transportbegleitung des Patienten in eine zur Versorgung des Patienten geeignete Klinik (hierbei ggf. Abklärung der Situation mit der aufnehmenden Klinik sowie optimalerweise Therapie und Betreuung auf einer Palliativstation)

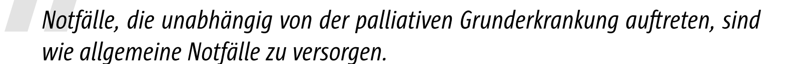
14.4 Besonderheiten der Kategorien palliativer Notfälle

Palliative Notfallsituationen werden insbesondere in der Kategorie 3 und 4 oftmals durch psychosoziale und spirituelle Aspekte beeinflusst oder verstärkt. Diese gilt es während der notfallmedizinischen Versorgung zu berücksichtigen (Wiese et al. 2012; Mercadante et al. 2012).



Notfallsituationen in fortgeschrittenem Stadium einer palliativen Krankheitssituation sind oftmals ein Ruf nach Unterstützung und Hilfe, seltener ein Ruf nach maximaler medizinischer Versorgung (vgl. Fall 1).

Bei palliativen Notfällen der Kategorie 1 hängt das therapeutische Vorgehen wie bei Notfällen ohne palliativen Zusammenhang vom aktuellen Zustand des Patienten ab.



Notfälle, die unabhängig von der palliativen Grunderkrankung auftreten, sind wie allgemeine Notfälle zu versorgen.

Im Gegensatz hierzu stellen palliative Notfälle der Kategorie 1 eher allgemeine Notfallsituationen dar, deren therapeutische Verfahren im Unterschied hierzu von dem Krankheitsstadium des Patienten abhängig sind.

Bei palliativen Notfällen aller Kategorien ist es wichtig,

1. die medizinische Indikation für eine medizinische Handlungsweise zu stellen,
2. eine schriftliche Verfügung in die Therapieentscheidung mit einzubeziehen,
3. die Handlungsweise mit Angehörigen bei bestehender Vorsorgevollmacht zu besprechen,
4. die Handlungsweise im Team zu besprechen.

14.5 Therapie des palliativen Notfalls als multidimensionales Geschehen

Die primäre Aufgabe des Notfallmediziners besteht in der Versorgung akut erkrankter oder verletzter Menschen mit oder ohne gestörte Vitalfunktionen am Einsatzort (www.bundesaerztekammer.de). Hierbei sollen

1. lebenswichtige Funktionen des Patienten wiederhergestellt bzw. erhalten werden,
2. Folgeschäden vermieden werden,
3. die Transportfähigkeit des Patienten hergestellt werden und
4. der Transport des Patienten in eine geeignete Klinik zur weiteren Versorgung erfolgen.

Bei Betrachtung des Notarztindikationskatalogs im Vergleich zu den notfallmedizinischen Indikationen palliativer Notfälle wird deutlich, dass beide im Wesentlichen identisch sind. Die medizinischen Indikationen des palliativen Notfalls umfassen oftmals:

1. Atmungsprobleme,
2. Herz-Kreislauf-Beschwerden inklusive Reanimation,
3. Bewusstseinsstörungen,
4. Schmerzexazerbationen und
5. sonstige Beschwerden mit Einfluss auf die Vitalfunktionen.

Unterschied zum Notarztindikationskatalog ist v.a., dass bei palliativen Notfallsituationen die kurative Heilung nicht im Mittelpunkt des notfallmedizinischen Handelns steht. Somit gilt es, bei allen Patienten im palliativen Krankheitsstadium die 6 Dimensionen palliativer Notfälle im Sinne des multidimensionalen Geschehens zu betrachten und die Patienten auch unter diesen Aspekten zu therapieren (vgl. Abb. 9).

medizinische Dimension
- z.B. Symptom Schmerz
- z.B. Symptom Luftnot
- z.B. Symptom Agitation
- z.B. Krampfanfall
- z.B. Herz-Kreislauf-Stillstand

psychische Dimension
- z.B. Angst
- z.B. reaktive Depression
- z.B. psychische Überlastung des Patienten bzw. der Angehörigen
- z.B. psychosoziale Krise

soziale Dimension
- z.B. Betreuungssituation
- z.B. Vereinsamung aufgrund der Krankheit
- z.B. Aufgeben sozialer Beziehungen
- z.B. Hilflosigkeit

ethische Dimension
- z.B. Patientenwille vs. medizinische Entscheidung
- z.B. Reanimation von Palliativpatienten am Lebensende

rechtliche Dimension
- z.B. Gültigkeit von Patientenverfügungen
- z.B. rechtliche Fragen bei therapeutischen Entscheidungen (ambulantes Belassen des Patienten)

spirituelle Dimension
- z.B. geistlicher Beistand
- z.B. Notfallseelsorge

Abb. 9 Dimensionen, die den „Palliativen Notfall" als Ereignis beeinflussen (sog. „**T**otal **P**alliative **C**are **E**mergency **C**oncept" nach Wiese et al. 2011 in Anlehnung an C. Saunders' Total Pain Konzept)

14.5.1 Besonderheiten palliativer Notfälle

Ein besonderer Aspekt dieser multidimensionalen Sichtweise ist v.a. die rechtliche Dimension, die gerade in der Diskussion über Patientenautonomie und Darstellung dieser oftmals zu Handlungsunsicherheiten bei Notfallmedizinern und Rettungsdienstpersonal führt. Hier stellen sich insbesondere Fragen bezüglich Beginn und Beenden von Reanimationsmaßnahmen, medizinische Indikation, Behandlungssinnhaftigkeit, Ablehnen von Therapiemaßnahmen und natürlich Gültigkeiten von Patientenverfügungen.

14.6 Rechtliche Fragestellungen bei palliativen Notfällen

Das deutsche Recht beinhaltet, dass Patienten jede medizinische Maßnahme, entsprechend ihrer Autonomie, zu jeder Zeit ablehnen können, wenn die volle Einsichtsfähigkeit in ihr Handeln vorausgesetzt werden kann. Die Einforderung jeder medizinischen Maßnahme (z.B. entgegen einer nicht vorhandenen medizinischen Indikationsstellung) ist allerdings nicht möglich. Gerade bei palliativen Notfällen bzw. in der Palliativsituation sind sowohl Ablehnung als auch Einfordern bestimmter medizinischer Maßnahmen sehr gut antizipierend planbar. Hierzu sind dann auch Kenntnisse des Notfallteams zu Patientenverfügungen, Notfallplänen (Beispiel s. Abb. 10), Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen unabdingbar. Weiterhin sollte dem Notfallteam auch bekannt sein, welche Aspekte die aktive Sterbehilfe, die passive Sterbehilfe sowie die sogenannte direkte resp. indirekte Sterbehilfe umfassen, um hier in der Notfallsituation nicht von Fehlannahmen rechtlicher Besonderheiten geleitet zu werden.

PALLIATIVNOTFALLBOGEN

Name: ____________________
Geb.Datum: ____________________
Adresse: ____________________
Diagnosen: ____________________
Aktuelle Probleme: ____________________
Besonderheiten: ____________________

WICHTIGE Kontaktpersonen / Telefonnummern:
Nächster Angehöriger: ____________________
Bevollmächtigter: O Ja O Nein
Name/Geb.Datum: ____________________
Adresse: ____________________
(o.g. Bevollmächtigter gem. §1896 Abs. 2 BGB bei Einwilligungsunfähigkeit ist zur Umsetzung meines in dieser Verfügung bestimmten Willens ernannt)
( ) Palliativteam: ____________________
( ) Hausarzt: ____________________
( ) Notarzt: 112
( ) Seelsorge: ____________________

Reihenfolge der Kontakte individuell eintragen

Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht?
O Ja O Nein
Krankenhauseinweisung gewünscht?
O Ja (siehe Erläuterung) O Nein
Aufklärung Prognose/Diagnose?

Patient:	O Ja	O Nein
Angehörige:	O Ja	O Nein
Patientenverfügung (PV) vorhanden	O Ja	O Nein
Vorsorgevollmacht vorhanden	O Ja	O Nein

(Inhalt Notfallbogen steht NICHT im Widerspruch zur PV/Vorsorgevollmacht)
Hinterlegung der Dokumente: ____________________

Datum Name Unterschrift Patient/Bevollmächtigter

(Aktualisierungen ggf. Abweichungen PV siehe Rückseite. Der Notfallbogen ist an die gültige Gesetzgebung §1901a Abs. 1-5 BGB adaptiert und hat auch für Rettungsassistenten / Notfallsanitäter Gültigkeit. Ich entbinde jede Person, unabhängig ihrer medizinischen Qualifikation, von ihrer Verpflichtung, eine Reanimation bei mir durchführen zu müssen und bin mir möglicher Konsequenzen vollkommen bewusst).

Ablehnung weiterer medizinischer Maßnahmen: ____________________

Letzter Klinikaufenthalt: ____________________
Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:

Datum Name des Arztes Unterschrift

(Mögliche Konsequenzen, die sich aus der Ablehnung medizinischer Maßnahmen ergeben, wurden dem Patienten erläutert. Die volle Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Patienten lag zum Zeitpunkt der Erstellung vor)

© Wiese, Geyer, Pfirstinger, Duttge 2014 Vs. 01/01/14 WiC

Abb. 10 Palliativnotfallbogen (Regensburger Modell, Vs. 2014; mod. nach Wiese 2008)

Weiterhin steht das Notfallteam in der Versorgung palliativer Notfallpatienten oftmals in einem Konflikt zwischen einer häufig zeit- und zuwendungsintensiven Behandlung des Patienten mit ggf. auch nachfolgender Organisation der weiteren patientenorientierten Versorgung (sowohl innerklinisch als auch ambulant) und der in der Notfallmedizin immer wieder postulierten Garantenpflicht im Sinne einer zügigen Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft. Juristisch ist allerdings ein Notfalleinsatz erst nach einer für den individuellen Patienten hinreichenden Versorgung abgeschlossen. Diese gestaltet sich sowohl in der primären Therapie des Patienten als auch in der Organisation der Folgetherapie. Probleme bezüglich der Wiederherstellung der Garantenpflicht können sich nicht aus der Versorgungsdauer eines Patienten ergeben.

Aufgrund der Lebenslimitierung der Erkrankung ist es v.a. bei Palliativpatienten anzuraten, zeitnah entsprechende eindeutige Notfallverfügungen zu erstellen bzw. sich als Patient und betreuender Angehöriger Gedanken über gewünschte oder nicht gewünschte therapeutische Maßnahmen gemacht zu haben. Hierdurch kann auch die Rechtsunsicherheit in der Notfallsituation für das Notfallteam reduziert werden (vgl. Fall 2). Es ist somit die Optimierung einer patientenorientierten und der Patientenautonomie entsprechenden therapeutischen Maßnahme vereinfacht möglich.

Eine schriftlich verfasste Therapiezieläußerung des Palliativpatienten entbindet das Notfallteam im Rahmen der notfallmedizinischen Therapie des palliativen Notfallpatienten nicht davon, weitere mögliche Willensäußerungen des kontaktierbaren Patienten zu berücksichtigen bzw. nach einer solchen zu handeln. Wichtig ist ebenfalls die Kenntnis, dass die Angehörigen eines nicht mehr kontaktierbaren Patienten kein „natürliches Stellvertretungsrecht“ haben (Wiese 2008).

14.7 Zusammenfassung

Palliative Notfälle stellen oftmals eine Stresssituation für das Notfallteam dar. Es handelt sich bei derartigen Notfällen nicht um regelhaft bekannte eindimensionale Geschehen, sondern häufig um multidimensionale Ereignisse, bei denen es primär gilt, den Palliativpatienten als solchen zu identifizieren, die Notfallsituation als solche zu kategorisieren und hiernach entsprechend im Sinne des Patienten zu handeln (sowohl primäre notfallmedizinische Therapie als auch Organisation einer weiteren Versorgung des Patienten). Probleme können bei der Versorgung palliativer Notfallpatienten entstehend durch

1. medizinisch fachliche Unsicherheiten/Unwissenheit,
2. rechtliche Unsicherheiten/Unwissenheit,
3. fehlende Routine in der Versorgung palliativer Notfälle,
4. hohen Handlungsdruck/Erwartungshaltung bei Patient und Angehörigen,
5. Beeinflussung der Therapie durch eigene ethische und moralische sowie therapeutische Einstellungen,
6. unzureichende adäquate Weiterversorgungsmöglichkeiten und
7. nicht ausreichende notfallmedizinische Ausrüstung.

Aus diesen Problemen ergeben sich aber auch die entsprechenden Lösungsmöglichkeiten, die es gilt aktuell und in Zukunft zu nutzen, um auch dieser speziellen Patientengruppe in der notfallmedizinischen Versorgung jederzeit gerecht werden zu können.

14.8 Zwei Fallbeispiele

Fall 1: Kooperation zwischen Rettungsdienst und SAPV Team

Notfallmedizinische Versorgung einer 50-jährigen Patientin mit einem multipel metastasiertem Larynx Karzinom. Symptome der Patientin waren Dyspnoe, Agitiertheit und Schmerzen multilokulär (NRS 8/10). Eine Klinikeinweisung lehnte die wache, kontaktierbare und einsichtsfähige Patientin ab. Telefonische Rücksprache zwischen Notarzt und betreuendem Palliativarzt des ortsansässigen SAPV Teams. Hiernach durch den Notarzt symptomadaptierte Therapie der Beschwerden sowie weitere ambulante Versorgung durch das SAPV Team im Anschluss an die notfallmedizinische Therapie. Somit konnte die Patientin in häuslicher Umgebung belassen werden. Die Alarmierung des Rettungsdienstes erfolgte retrospektiv betrachtet aufgrund einer psychosozialen Überlastung der Angehörigen, welche sich in der Dramatik des palliativen Notfalls (Kategorie 4) eine schnelle Unterstützung durch das schnellst verfügbare medizinische System wünschten.

Fall 2: Reanimation bei einem Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium

Versorgung eines 82-jährigen Patienten mit multipel metastasiertem Prostata-Karzinom. Die Alarmierung des Rettungsdienstes erfolgte durch die Angehörigen. Eine Kontaktierbarkeit des Patienten war bei Eintreffen des Notfallteams nicht gegeben. Primär zeigten sich Bewusstlosigkeit (GCS 3), im EKG eine pulslose elektrische Aktivität (PEA), ein nicht messbarer Blutdruck, eine nicht messbare periphere Sauerstoffsättigung sowie Schnappatmung. Der Ernährungs- und Allgemeinzustand des Patienten war deutlich reduziert. Aufgrund der nicht eindeutigen Situation wurden durch die Rettungsassistenten Reanimationsmaßnahmen entsprechend der Leitlinien des ERC begonnen. Während der Reanimation konnte der Notarzt mithilfe der Angehörigen den Willen des Patienten mittels Patientenverfügung (auch bekräftigt durch die Tochter des Patienten als Vorsorgebevollmächtigte) und Palliativnotfallbogen eruieren (vgl. Abb. 10). Zusätzlich waren in mehreren Arztbriefen die infauste Diagnose und die ungünstige Prognose dokumentiert. Somit wurden die Reanimationsmaßnahmen aufgrund fehlender medizinischer Indikation sowie eindeutig dargestelltem Patientenwillen eingestellt. Der Patient verstarb in häuslicher Umgebung. Ein Notfallseelsorger übernahm nach Versterben des Patienten die Betreuung der Angehörigen in der Akutphase.

Literatur

Ingleton C, Payne S, Sargeant A, Seymour J (2009) Barriers to achieving care at home at the end of life: transferring patients between care settings using patient transport services. Palliat Med. 23: 723–30

Makowski C, Marung H, Callies A, Knacke P, Kerner T (2013) Notarzteinsätze bei Palliativpatienten – Algorithmus zur Entscheidungsfindung und Behandlungsempfehlungen. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 48: 90–96

Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Costanzo V, Adile C, Spedale V, Casuccio A; Home Care Italy Group (HOCAI) (2012) Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. J Pain Symptom Manage. 44: 295–300

Quest TE, Asplin BR, Cairns CB, Hwang U, Pines JM (2011) Research priorities for palliative and end-of-life care in the emergency setting. Acad Emerg Med 18: e70–e76

Quest TE, Emanuel LL, Gisondi M, Engel K, Osgood K (2010) Impact of the education in palliative and end-of-life care project on emergency medicine education and practice. J Emerg Nurs 39: 334–335

Quest TE, Marco CA, Derse AR (2009) Hospice and palliative medicine: new subspecialty, new opportunities. Ann Emerg Med 54: 94–102

Salomon F (2000) Entscheidungskonflikte am Notfallort. Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 35: 319–325

Salomon F (2005) Palliativmedizinische Kompetenz im Rettungsdienst? Der alleingelassene Notarzt. Notfall Rettungsmed 8: 542–547

Tsai SC, Liu LN, Tang ST, Chen JC, Chen ML (2010) Cancer pain as the presenting problem in emergency departments: incidence and related factors. Support Care Cancer 18: 57–65

Wiese CH, Bartels U, Duttge G, Graf BM, Hanekop GG (2008) Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium – Notärztliche Reanimation und Todesfeststellung. Anästhesist 57: 873–881

Wiese CH, Ittner KP, Graf BM, Lassen CL (2012) Präklinische palliative Notfälle – Besonderheiten in der therapeutischen Entscheidung. Z Palliativmed 13: 75–90

Wiese CH, Lassen CL, Bartels UE, Taghavi M, Elhabash S, Graf BM, Hanekop GG (2013) International recommendations for outpatient palliative care and prehospital palliative emergencies – a prospective questionnaire-based investigation. BMC Palliat Care. 12: 10

Wiese CH, Vagts DA, Kampa U, Pfeiffer G, Grom IU, Gerth MA, Graf BM, Zausig YA; Expertengruppe Palliativ- und Notfallmedizin Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden (2011) Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen – Empfehlungen zur ambulanten Versorgungsoptimierung. Anaesthesist 60: 161–171



PD Dr. med. Christoph H.R. Wiese, MHBA

Nach dem Medizinstudium in Göttingen Facharztausbildung Anästhesie und Intensivmedizin; Zusatzweiterbildungen in Notfallmedizin, Palliativmedizin, spezieller Intensivmedizin und spezieller Schmerzmedizin. Seit 2009 Funktionsbereichsleiter Schmerzmedizin der Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Regensburg. Seit 01.08.2015 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Herzogin-Elisabeth-Hospital Braunschweig. Habilitation und zahlreiche wissenschaftliche Artikel sowie Buchbeiträge zum Thema „Palliative Notfälle".

15 Begrenzte Ressourcen in der Notfallmedizin als ethische Herausforderung

Georg Marckmann und Christoph Dodt

15.1 Einleitung

Wie in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung stehen auch für die Versorgung von Patienten mit akuten medizinischen Notfällen nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung. Allokations- bzw. Verteilungsfragen stellen sich damit auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems: Angefangen von der Frage, wie viele Finanzmittel insgesamt in die Notfallmedizin fließen sollen, über die Frage der angemessenen personellen und sachlichen Ausstattung notfallmedizinischer Abteilungen in den einzelnen Krankenhäusern bis hin zur Frage, wie im Einzelfall mit einem akut nicht zu deckenden Bedarf an notfallmedizinischer Versorgung umzugehen ist. Da die Verteilungsentscheidungen auf den verschiedenen Ebenen das Wohlergehen von Patienten aktuell oder zumindest potenziell betreffen, handelt es sich um ethische Fragestellungen, genauer: um Fragen einer gerechten Verteilung begrenzt verfügbarer Ressourcen. Der vorliegenden Beitrag erläutert zunächst die dabei zu berücksichtigenden Besonderheiten der Notfallmedizin und die verschiedenen Ebenen der Verteilung. Anschließend wird dargestellt, an welchen ethischen Kriterien sich die Verteilungsentscheidungen orientieren sollen. Die letzten beiden Abschnitt diskutieren dann notfallmedizinische Verteilungsfragen auf der Makro- und Mesoebene des Gesundheitswesens. Für die Verteilungsentscheidungen auf der Mikroebene (insbesondere Triage-Entscheidungen bei einem Massenanfall von Verletzten) sei auf Kapitel 12 verwiesen.

15.2 Verteilungsrelevante Besonderheiten der Notfallmedizin

Die medizinische Versorgung von Notfallpatienten ist durch verschiedene Besonderheiten gekennzeichnet, die bei der Diskussion über eine angemessene Ressourcen-

verteilung zu berücksichtigen sind (vgl. z.B. Riessen et al. 2015). Das Spektrum der notfallmedizinisch zu behandelnden Erkrankungen ist sehr vielfältig und umfasst lebensbedrohliche Zustände ebenso wie weniger schwerwiegende Erkrankungen. Dabei handelt es sich oft um zeitkritische Situationen, sodass der Behandlungserfolg wesentlich davon abhängt, dass die Patienten hinreichend schnell Zugang zu einer notfallmedizinischen Versorgung haben. Dies stellt insbesondere im ländlichen Raum eine besondere Herausforderung dar. Im Unterschied zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen lassen sich die Anzahl der zu versorgenden Patienten sowie Art und Schweregrad der Erkrankungen kaum planen. Rund um die Uhr muss folglich eine „ausreichende" notfallmedizinische Versorgung vorgehalten werden, um im Notfall die Patienten angemessen versorgen zu können. Es resultieren damit vor allem fixe Vorhaltekosten (vergleichbar mit einer Feuerwache), insbesondere für das notfallmedizinische Personal. Diese Vorhaltekosten der Krankenhaus-Notaufnahmen sind für die über das KV-System abgerechneten Patienten nicht kostendeckend (Management Consult Kestermann GmbH 2015) und im stationären, über das DRG System abgerechneten Bereich nicht der Notaufnahme zuzuordnen, sodass eine Unterfinanzierung der Notaufnahmen besteht (Riessen et al. 2015). Hinzu kommt, dass die notfallmedizinische Versorgung die regionale Kooperation unterschiedlicher Versorgungsstrukturen wie Notarzt- und Rettungsdienst, kassenärztlichem Notdienst und den in der Regel an den Krankenhäusern angegliederten interdisziplinären Notaufnahmen erfordert (Beivers u. Dodt 2014). Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass aufgrund der demographischen Entwicklung bei einer zunehmenden Anzahl älterer, multimorbider Patienten mit einem steigendenden Patientenaufkommen in den Notaufnahmen zu rechnen ist.

15.3 Ebenen der Verteilungsentscheidungen

Obwohl es kein hierarchisch gegliedertes System der Allokationsprozesse gibt, können drei Ebenen von Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen unterschieden werden, die auch für die Ressourcenallokation im Bereich der Notfallmedizin relevant sind. Auf der *Makroebene* des Gesundheitssystems ist zu entscheiden, welche Anteile des Gesamtbudgets in die verschiedenen Teilbereiche der Versorgung wie Prävention, Notfallmedizin oder ambulante und stationäre Versorgung fließen sollen. Auf der *Mesoebene* erfolgen Verteilungsentscheidungen innerhalb einzelner Einrichtungen des Gesundheitswesens, z.B. innerhalb eines Krankenhauses. Hier wäre z.B. zu diskutieren, welchen Stellenwert die Notaufnahme im Vergleich zu elektiven Eingriffen haben soll. Auf der *Mikroebene* ist schließlich zu entscheiden, welche Patienten welche Ressourcen erhalten. Notfallmedizinisch relevant sind hier insbesondere Triage-Entscheidungen, wenn die Anzahl der akut erkrankten Patienten die Kapazitäten der notfallmedizinischen Versorgung übersteigt.

Die Verteilungsfragen unterscheiden sich je nach Verteilungsebene: Während auf der Makro- und Mesoebene zu entscheiden ist, welche Ressourcen für die Notfallversorgung vorgehalten werden sollen (*Allokation*), erfolgt auf der Mikroebene die Verteilung der nur begrenzt verfügbaren Kapazitäten der Notfallversorgung auf die bedürftigen Patienten (*Distribution*). In Abhängigkeit von der Ebene weisen die Verteilungsentscheidungen unterschiedliche Charakteristika auf: Auf der Makro- und Mesoebene betreffen die Entscheidungen statistische Menschenleben, da sich in

Abhängigkeit von der Menge der zugeteilten Ressourcen die Wahrscheinlichkeit erhöht oder erniedrigt, in einer medizinischen Notfallsituation zu versterben oder gravierende Gesundheitsschäden zu erleiden. Entscheidungen auf der Mikroebene betreffen hingegen konkrete, identifizierbare Menschen, deren Leben durch eine akute Gesundheitsstörung bedroht ist. Aus ethischer Sicht sollten sich die Verteilungsentscheidungen auf allen drei Ebenen an klar definierten, ethisch gut begründeten Kriterien orientieren. Welche Kriterien hierbei in Frage kommen, erläutert der folgende Abschnitt.

15.4 Kriterien einer gerechten Ressourcen-Verteilung

Gerechte Verteilungsentscheidungen sollten sich an formalen und materialen Kriterien orientieren. Während die formalen Kriterien die Voraussetzungen eines fairen Entscheidungsprozesses gewährleisten sollen, geben die materialen Kriterien vor, an welchen inhaltlichen ethischen Maßstäben sich die Verteilung orientieren sollte. Folgende *formale* Kriterien einer gerechten Verteilung werden diskutiert (vgl. Daniels u. Sabin 2002; Emanuel 2000; Marckmann 2008):

- Transparenz*: Leistungsbegrenzungen und die zugrundeliegenden Verfahren und Kriterien sollten öffentlich zugänglich sein.*
- Konsistenz*: Alle Allokationsentscheidungen sollten den gleichen Regeln und Kriterien folgen, sodass Patienten in vergleichbaren Situationen auch gleich behandelt werden.*
- Legitimität*: Allokationsentscheidungen sollten durch demokratisch legitimierte Institutionen erfolgen.*
- Begründung*: Allokationsentscheidungen sollten auf einer nachvollziehbaren, relevanten Begründung beruhen.*
- Evidenzbasierung*: Allokationsentscheidungen sollten die verfügbare Evidenz hinsichtlich des gesundheitlichen Nutzens und der erwarteten Kosten berücksichtigen.*
- Partizipationsmöglichkeiten*: Da Allokationsentscheidungen Werturteile erfordern, die sich nicht hinreichend konkret aus einer ethischen Theorie ableiten lassen, sollte es für Bürger und Patienten angemessene Möglichkeiten zur Beteiligung an der Entscheidungsfindung geben.*
- Minimierung von Interessenkonflikten*: Da es im Gesundheitswesen viele (z.T. sehr einflussreiche) Akteure mit finanziellen Eigeninteressen gibt, sollten Allokationsentscheidungen so geregelt sein, dass Interessenskonflikte z.B. durch finanzielle Anreize im Vergütungssystem minimiert werden.*
- Widerspruchsmöglichkeiten*: Im Einzelfall sollten Patienten, denen eine gewünschte Leistung vorenthalten wird, Widerspruchsmöglichkeiten offen stehen.*
- Regulierung*: Durch freiwillige Selbstverpflichtung oder staatliche Regulierung sollte sichergestellt werden, dass die formalen Bedingungen einer gerechten Verteilung auch tatsächlich eingehalten werden.*

Folgende *materiale* Allokationskriterien lassen sich ethisch am besten begründen und konnten sich auch in den politischen Diskursen verschiedener Länder durchsetzen (Marckmann 2008; Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten [Zentrale Ethikkommission] bei der Bundesärztekammer 2007):

> - Medizinische Bedürftigkeit*: Vorrang sollten diejenigen Patienten genießen, die am meisten der medizinischen Hilfe bedürfen, gemessen am Schweregrad der Erkrankung und an der Dringlichkeit der Behandlung.*
> - Erwarteter medizinischer Nutzen*: Darüber hinaus sind diejenigen Maßnahmen zu bevorzugen, die einen großen medizinischen Nutzen – gemessen an einer verbesserten Lebenserwartung und/oder Lebensqualität – aufweisen. Leistungseinschränkungen sollten entsprechend bei denjenigen Maßnahmen ansetzen, die einen geringen oder unwahrscheinlichen Nutzen für die Patienten haben.*
> - Kosten-Nutzen-Verhältnis*: Bei Allokationsentscheidungen unter Knappheitsbedingungen ist auch das Verhältnis von Ressourcenaufwand zu erwartetem medizinischen Nutzen zu berücksichtigen, um mit den verfügbaren Mitteln insgesamt einen möglichst großen gesundheitlichen Effekt erzielen zu können.*

Als Metakriterium ist überdies der *Evidenzgrad* des erwarteten Nutzens und der entstehenden Kosten zu berücksichtigen: Maßnahmen, deren Nutzen durch klinische Studien nur schlecht belegt ist, sollten eine geringere Priorität genießen. Zu den aus ethischer Sicht nicht akzeptablen Kriterien gehören Alter, Geschlecht, sozialer Status, Zahlungsfähigkeit oder Versichertenstatus des Patienten. Die große ethische Herausforderung in der Praxis besteht nun darin, das relative Gewicht der drei Allokationskriterien zu bestimmen, da sich dieses nicht aus einer übergeordneten ethischen Theorie ableiten lässt.

Notfallpatienten sind per Definitionem eigentlich durch eine hohe Dringlichkeit der Versorgung gekennzeichnet. Allerdings handelt es sich dabei zunächst um eine *subjektiv* vom Patienten empfundene Dringlichkeit, die sich in der professionellen Ersteinschätzung oft nicht objektivieren lässt. In diesem Fall ist die *medizinische Bedürftigkeit* gering, was man in der Regel aber erst weiß, nach dem die Notfallversorgung bereits in Anspruch genommen wurde. Bei weniger als 5% der Notfallpatienten liegt eine akut lebensbedrohliche Erkrankung vor mit einer entsprechend hohen medizinischen Bedürftigkeit. In diesem Fall wird der Versorgung meist eine hohe Priorität beigemessen und auch ein sehr großer Ressourceneinsatz im Einzelfall für gerechtfertigt erachtet. Die (empfundene) Verpflichtung, ein einzelnes Menschenleben ohne Rücksicht auf die entstehenden Kosten zu retten, wird oft als „rule of rescue" bezeichnet – und zugleich kritisiert, da die für die Notfallrettung erforderlichen Ressourcen an anderer Stelle im Gesundheitswesen effizienter eingesetzt werden könnten, d.h. es könnte mehr Menschen möglicherweise auch in einem größeren Ausmaß geholfen werden. Hinzu kommt, dass sich der *erwartete Nutzen* der notfallmedizinischen Versorgung im Einzelfall prospektiv nur schwer abschätzen lässt, da die Ursache für die akute Gesundheitsstörung und damit auch die Prognose in vielen Fällen

noch unbekannt ist. Aufgrund des variablen Nutzens dürfte auch das *Kosten-Nutzen-Verhältnis* der Notfallversorgung von Patient zu Patient erheblich variieren. Aus ethischer Sicht relevanter erscheint hier aber ohnehin eine Betrachtung auf der Meso- oder Makroebene, wenn die gesundheitlichen Effekte der Notfallversorgung insgesamt oder einzelner notfallmedizinscher Einrichtungen mit den jeweiligen Kosten verglichen werden (vgl. hierzu auch die folgenden Abschnitt).

15.5 Makroebene: Ressourcen-Allokation in die Notfallmedizin

Auf der Makroebene ist zu entscheiden, welcher Anteil der Gesundheitsausgaben in die notfallmedizinische Versorgung fließen soll und wie dieser Anteil dann auf die verschiedenen Teilbereiche der Notfallversorgung – präklinische Notfallversorgung (Rettungsdienst, ärztlicher Notdienst, Rettungsfahrzeuge, Hubschrauber, Defibrillatoren in öffentlichen Bereichen, etc.), kassenärztlicher Bereitschaftsdienst und klinische Notfallversorgung (interdisziplinäre Notaufnahme im Krankenhaus) – verteilt werden soll. Im Kern handelt es sich dabei um Fragen der Prioritätensetzung. *Priorisierung* bezeichnet die ausdrückliche Feststellung der relativen Vorrangigkeit von medizinischen Maßnahmen, Indikationen, Patientengruppen oder Versorgungsbereichen (Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin [Zentrale Ethikkommission] 2000). Im Ergebnis führt die Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe, an deren oberen Ende die unverzichtbaren Versorgungselemente zu finden sind, während am unteren Ende das zu finden ist, was wirkungslos ist oder mehr schadet als nützt. Im Gegensatz zu anderen Ländern (zur Übersicht vgl. Marckmann 2009) gibt es im deutschen Gesundheitswesen bislang keine etablierten Verfahren und Kriterien für eine explizite Priorisierung. Das relative Gewicht der verschiedenen Versorgungsbereiche ergibt sich vielmehr implizit aus politischen Vorgaben, den im Vergütungssystem implementierten finanziellen Anreizen und historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen.

Zwei verschiedene Formen der Priorisierung können – idealtypisch – unterschieden werden. Von einer *horizontalen* Priorisierung spricht man, wenn verschiedenen Versorgungsbereichen eine unterschiedliche Wichtigkeit zugeordnet wird. Bei einer *vertikalen* Priorisierung werden hingegen Diagnose-Maßnahmen-Kombinationen innerhalb eines Versorgungsbereichs in eine Rangordnung gebracht. Im Hinblick auf die Notfallmedizin geht es vor allem um Fragen der horizontalen Priorisierung: Welche Finanzmittel sind wir bereit auszugeben, um die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, bei einem akuten medizinischen Notfall zu versterben oder gravierende Gesundheitsschäden zu erleiden? Aufgrund der möglichen (de facto aber nicht sehr wahrscheinlichen) akuten vitalen Gefährdung und der damit verbundenen hohen medizinischen Bedürftigkeit könnten wir geneigt sein, der Notfallversorgung eine sehr hohe Priorität beizumessen. Insbesondere aufgrund der hohen fixen Vorhaltekosten wäre dies – unter den Bedingungen prinzipiell begrenzter finanzieller Ressourcen im Gesundheitssektor – aber mit Opportunitätskosten (d.h. unvermeidlichen Einschränkungen) in anderen Versorgungsbereichen verbunden. Gerade wegen der zum Teil hohen medizinischen Bedürftigkeit erscheint es im Bereich der Notfallversorgung ethisch geboten, die verfügbaren Mittel effizient einzusetzen und die Zusatzkosten gegenüber dem Zusatznutzen abzuwägen. Eine effiziente Organisation der drei Säulen der Notfallversorgung – Rettungsdienst, kassenärztlicher Notdienst und Notauf-

nahmen – kann den Ressourcenverbrauch reduzieren und eine bedarfsgerechte Versorgung von Notfallpatienten sicherstellen. Insbesondere ist eine gute Koordination und Aufgabenteilung zwischen dem kassenärztlichen Notdienst und den Notaufnahmen der Krankenhäuser anzustreben (z.B. durch Integration des KV-Notdienstes in die Notfallzentren).

Damit ist aber die Frage noch nicht beantwortet, welches Niveau der Notfallversorgung wir insgesamt vorhalten sollen. In der präklinischen Notfallmedizin sind hier vor allem die sog. Hilfsfristen maßgeblich, d.h. die Zeit vom Eingang des Notrufs in der Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen angemessener Hilfe am Einsatzort. In Deutschland sind diese Zeiten durch die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer geregelt. Dabei variieren die Hilfsfristen zwischen 8 Minuten (Nordrhein-Westfalen in nicht-ländlichen Gebieten) und 17 Minuten (ländliche Bereiche in Thüringen). Verbreitet sind Vorgaben von maximal 12 Minuten (z.B. Bayern) oder eine Spannbreite von 10 bis 15 Minuten (Baden-Württemberg). Wie diese regionalen Ungleichheiten ethisch zu bewerten sind, hängt wesentlich davon ab, welche Unterschiede tatsächlich in den Ergebnissen der Notfallversorgung resultieren. Die Angemessenheit der Hilfsfristen ist immer wieder Gegenstand politischer Diskussionen. Oft wird sehr emotional darauf verwiesen, dass sich das Outcome einer Reanimation mit jeder Minute Wartezeit deutlich verschlechtert. Deswegen ist allgemein anerkannt, dass gerade in Reanimationssituationen die Schulung von Ersthelfern ein wesentlicher Baustein zur Verbesserung des Outcomes darstellen. Es ist aber auch zu berücksichtigen, dass die unmittelbar lebensbedrohlichen Zustände nur einen kleinen Anteil der Notfälle in der präklinischen und klinischen Notfallmedizin ausmachen. Für die Bedarfsplanung ist zudem relevant, dass der Notruf in der Regel auf einer subjektiv vom Betroffenen oder nahestehenden Personen wahrgenommen akuten Behandlungsbedürftigkeit beruht, die nicht immer mit einem geleichermaßen akuten objektiven Behandlungsbedarf einhergeht. So weit wie möglich sollten die Allokationsentscheidungen auf der Makroebene auf der Grundlage empirischer Daten über die Effektivität und Kosten-Effektivität der notfallmedizinischen Versorgungsstrukturen getroffen werden, die allerdings bislang nicht in ausreichendem Maße vorliegen.

15.6 Mesoebene: Stellenwert der Notaufnahme innerhalb des Krankenhauses

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser spielen eine zentrale Rolle bei der Versorgung von Notfallpatienten. Aus verteilungsethischer Sicht stellt sich die Frage, welchen Stellenwert die Notfallversorgung innerhalb des Krankenhauses spielen soll. Dabei ergeben sich mindestens zwei Herausforderungen:

1. Die Notfallaufnahmen sind Bestandteil eines regionalen Systems der Notfallversorgung, sodass sich die erforderlichen qualitativen und quantitativen Anforderungen an die Notaufnahme im Krankenhaus eigentlich nur aus einer übergeordneten Planungsperspektive ergeben. Die Notfallaufnahmen werden aber von der Krankenhausleitung administriert, die ihren Planungen meist betriebswirtschaftliche Überlegungen zugrunde legt und nicht den regionalen Versorgungsbedarf.
2. Aufgrund des hohen Anteils fixer Vorhaltekosten reicht die Vergütung der in den Notfallaufnahmen erbrachten ambulanten Behandlung nicht aus, um die

Kosten einer qualitativ hochwertigen Notfallversorgung zu decken (Management Consult Kestermann GmbH 2015). In der Regel hat die Notfallversorgung deshalb in den Krankenhäusern gegenüber den wesentlich besser planbaren und besser vergüteten elektiven Patientenversorgung eine niedrigere Priorität. Häufig sind die Notaufnahmen personell nicht ausreichend ausgestattet, was oft zu einem „overcrowding" der Notaufnahmen führt mit entsprechenden Risiken für die Qualität der Patientenversorgung (Schöpke et al. 2014). Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch der vergleichsweise niedrige Anteil an qualifizierten Fachärzten, die langjährig in der klinischen Notfallmedizin tätig sind.

Es wird deshalb immer wieder diskutiert, ob der Notfallmedizin nicht als ein Element der öffentlichen Daseinsvorsorge eine eigenständige Finanzierung eingeräumt werden sollte (Riessen et al. 2015). Die Finanzierung könnte dann über ein eigenständiges Budget erfolgen, das sich an dem regionalen Versorgungsbedarf orientiert (Anzahl der Patienten und Schweregrad der Erkrankungen) und vor allem die erforderlichen personellen und sachlichen Fixkosten abdeckt. Bislang gibt es jedoch keinen allgemein etablierten Score für den Schweregrad der Erkrankungen in der Notaufnahme; die Ersteinschätzungssysteme sind ein erster Schritt in Richtung der Objektivierung eines Handlungsbedarfs. Zu berücksichtigen ist dabei auch die „allokative" Funktion der Notfallaufnahme, da wesentliche Weichenstellungen über die weitere stationäre Versorgung der Patienten erfolgen. Bei einem Mangel an Intensivbetten können auch Triage-Entscheidungen erforderlich werden (Marckmann u. Michalsen 2013). Im Gegensatz zur präklinischen Notfallversorgung gibt es bislang in Deutschland keine gesetzlichen Vorgaben zur Versorgungsqualität in Notaufnahmen. In Großbritannien werden z.B. die Versorgungszeiten als Qualitätsparameter für eine effektive Organisation der Notfallversorgung verwendet und ein „Four Hour Target in Emergency Departments" formuliert. Demzufolge sind innerhalb von 4 Stunden 95% der vorgestellten Patienten stationäre aufzunehmen oder zu entlassen (Mason et al. 2010). Zu beachten ist dabei aber, dass es sich um einen Prozess- und nicht um einen Ergebnisparameter der Notfallversorgung handelt.

Praxistipps

- *Die auch für die Notfallversorgung begrenzt verfügbaren Ressourcen sollten nach klar definierten ethischen Kriterien und auf der Grundlagen empirischer Evidenz für die Effektivität und Kosten-Effektivität der Versorgungsstrukturen erfolgen.*
- *Die Notfallversorgung sollte dabei nach einem regionalen Bedarfsplan gestaltet werden, der sowohl die präklinische als auch die klinische Notfallversorgung umfasst.*
- *Eine angemessene Finanzierung der personellen (quantitativ und qualitativ!) und sachlichen Ausstattung der Notaufnahmen ist erforderlich, um eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Notfallversorgung der Patienten zu gewährleisten.*

Die Autoren danken Reimer Riessen, Universitätsklinikum Tübingen, für wertvolle Hinweise bei der Überarbeitung des Manuskripts.

Literatur

Beivers A, Dodt C (2014) Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung. Notfall Rettungsmed 17: 190–198

Daniels N, Sabin J E (2002) Setting limits fairly. Oxford University Press Oxford

Emanuel EJ (2000) Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources. Hastings Center Report 30: 8–16

Management Consult Kestermann GmbH (2015) Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Erstellt im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA). http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf (Zugriff 29.09.2015)

Marckmann G (2008) Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51: 887–94

Marckmann G (2009) Priorisierung im Gesundheitswesen: Was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen? Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 103: 85–91

Marckmann G, Michalsen A (2013) Intensivmedizin, Ressourcenzuteilung und Triage. In: Michalsen A, Hartog CS (Hrsg.) End-of-Life Care in der Intensivmedizin. Springer Berlin, Heidelberg, S. 29–33

Mason S, Nicholl J, Locker T (2010) Four hour emergencys target. Targets still lead care in emergency departments. BMJ 341: c3579

Riessen R, Gries A, Seekamp A, Dodt C, Kumle B, Busch HJ (2015) Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. Med Klin Intensivmed Notfmed 110: 364–75

Schöpke T, Dodt C, Brachmann M, Schnieder W, Petersen P-F, Böer J (2014) Statusbericht aus deutschen Notaufnahmen. Ergebnisse der DGINA-Mitgliederbefragung 2013. Notfall Rettungsmed 17: 330–670

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin (Zentrale Ethikkommission) (2000) Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? Deutsches Ärzteblatt 97: A-1017–1023

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2007) Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Deutsches Ärzteblatt 104: A-2750–2754



Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH

Studium der Medizin und Philosophie an der Universität Tübingen, Public-Health Studium an der Harvard Universität in Boston/USA. 1992–1995 Stipendiat im DFG-Graduiertenkolleg „Ethik in den Wissenschaften" in Tübingen. 1997 Promotion zum Dr. med. mit einer neurowissenschaftlichen Arbeit. Von 1998–2010 zunächst wissenschaftlicher Assistent, nach der Habilitation für das Fach „Ethik in der Medizin" im Jahr 2003 Oberassistent und stellvertretender Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen. Seit 2010 W3-Professor für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Leiter des gleichnamigen Instituts. Seit 2012 Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin.



Prof. Dr. med. Christoph Dodt

Seit 2007 Chefarzt der Präklinik/Interdisziplinäres Notfallzentrum des Städtischen Klinikums München Bogenhausen. Internist mit den Zusatzqualifikationen Endokrinologie/Diabetologie, Nephrologie, Notfallmedizin und „Spezielle Internistische Intensivtherapie". 2001 Habilitation und 2002 Berufung zum Professor auf Zeit für Innere Medizin und Intensivmedizin. Kongresspräsident des Kongresses der „European Society of Emergency Medicine" 2008 in München. Präsident der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinare Notfall- und Akutmedizin (DGINA) seit 2011. Mitglied des Executive Council der European Society of Emergency Medicine.

16 Notfallseelsorge als Hilfe zur Bewältigung

Christoph Pompe

16.1 Strukturen der Notfallseelsorge

Seelsorge in Situationen erlebter extremer Not ist in den christlichen Kirchen und Gemeinden seit Beginn ihrer Existenz ausgeübt worden. Sobald angesichts des jähen, unvorhersehbaren Todes Hilfe nötig wurde, gab es die Bereitschaft, diese auszuüben. Der Apostel Paulus erlebt (Apostelgeschichte 20, 7–12) den Fenstersturz seines Zuhörers Eutychus, der zunächst für tot gehalten wird. Paulus umarmt diesen, behauptet wider den ersten Eindruck dessen Leben. Dies erweist sich als wahr – und die Anwesenden „wurden über die Maßen getröstet" (Apostelgeschichte 20, Vers 12). Schon früh zeichnen sich Grundprinzipien der Notfallseelsorge ab: Präsenz und Trost im Angesicht extremen Erlebens sind die wesentlichen Wirkfaktoren.

Im Angesicht des zu erwartenden Todes entstand der Ritus der Krankensalbung (Sakrament in der römisch-katholischen Kirche), nach Eintritt des Todes war die „Aussegnung" in den protestantischen Gemeinden, die „Verabschiedung" in der katholischen Kirche ritueller Brauch.

Notfallseelsorge als eigene fachliche Disziplin und als organisatorisch gegliederter Teil der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) entstand aufgrund der Initiative von Pfarrerinnen und Pfarrern in der evangelischen und katholischen Kirche in Deutschland (aber auch in Österreich, Schweiz, Luxemburg) Anfang der Neunziger Jahre des 20. Jahrhunderts – als „bottom-up"-Bewegung. In den siebziger Jahren waren „Top-down"-Überlegungen wie der „Unfallfolgedienst" für Versorgung von Opfern von Verkehrsunfällen aus deutschen Autobahnen entstanden, aber nie zu Realisierung gediehen.

In den nunmehr 25 Jahren der Notfallseelsorge sind verlässliche Strukturen der Qualitätssicherung in Form von Ausbildungsstandards definiert worden, öffentliche Aufmerksamkeit und Anerkennung (z.B. in der Berichterstattung bei Großschadensereignissen) ist Routine geworden.

Zwei Elemente unterscheiden Notfallseelsorge von fachlich vergleichbaren anderen Fachangeboten (z.B. Kriseninterventionsteams [KIT]; Kriseninterventionsdienst [KID], die in den Hilfsorganisationen Johanniter Unfallhilfe, Malteser Hilfsdienst, Arbeitersamariterbund, Deutsches Rotes Kreuz bereit gehalten werden):

- Notfallseelsorge geschieht in ausdrücklicher Beauftragung durch die christlichen Kirchen, die in der „Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland (ACK)" zusammengeschlossen sind;
- Notfallseelsorge ist grundsätzlich ehrenamtliche, nachweisbar qualifizierte Tätigkeit. Vielerorts werden Regiekosten (Ausrüstung, Fahrtkosten, Öffentlichkeitsarbeit, Supervision usw.) als freiwillige Leistung aus öffentlichen und kirchlichen Etats wie auch aus Spenden- und Kollektenmitteln aufgebracht. Sachleistungen werden häufig durch die genannten Hilfsorganisationen unterstützt.

Für Opfer, Zeugen und Angehörige ist die Leistung der Notfallseelsorge stets kostenlos.

Von den übrigen „Sonderseelsorgebereichen" der Kirchen (z.B. Krankenhausseelsorge, alle Formen der Kategorialseelsorge für spezifische Gruppen) ist die Notfallseelsorge deutlich unterschieden: sie ist eng an die Alarmierungswege der regionalen Leitstellen des Rettungsdienstes gebunden, angewiesen auf Anfragen aus den polizeilichen und notärztlichen Arbeitsbereichen – nicht wie sonst in der Seelsorge üblich auf direkte Nachfrage durch die Betroffenen.

Eine weitere Besonderheit liegt in ihrem streng subsidiären Charakter: in aller Regel ist ein Notfallseelsorgeeinsatz einmalig, allenfalls mit Weiterempfehlung zu Diensten der „Zweiten Linie" wie psychologischen Beratungsstellen, gemeindlicher Seelsorge, fachärztlicher Behandlung, psychotherapeutischer Praxis oder Selbsthilfegruppen.

Merke:

Notfallseelsorge: qualifizierte Seelsorge in Extremsituationen
- *im kirchlichen Auftrag*
- *ehrenamtlich ausgeübt*
- *eingebunden in rettungsdienstliche Strukturen*

Die ersten Notfallseelsorgeeinsätze wurden Anfang der neunziger Jahre von Pfarrern mit engen Verbindungen zu den in ihren Gemeinden tätigen Feuerwehren durchgeführt. Sie erlebten unmittelbar die dienstlichen Belastungen der Einsatzkräfte und waren als Seelsorger für diese und von diesen gefragt. Seit diesen ersten Anfängen waren stets die beiden Einsatzbereich „Hilfe für belastete Einsatzkräfte" und „Hilfen für Opfer, Zeugen und Angehörige" eng verbunden. Standards für beide fachlichen Leistungen waren zunächst nicht vorhanden. Wissenschaftliche Begleitung dieser fachlichen Leistungen fehlten zunächst weitgehend. Aus der überregionalen Zusammen-

arbeit der „Feuerwehrseelsorge“ und deren Arbeitsgemeinschaft wurde am 16. März 1998 die „Konferenz evangelischer Notfallseelsorger und Notfallseelsorgerinnen“ auf nationaler Ebene gegründet – mit der Verabschiedung der „Kasseler Thesen“, in denen erstmalig die beiden genannten Aufgabenbereiche und Zielgruppen (Opfer, Zeugen Angehörige einerseits und belastete Einsatzkräfte andererseits) definiert wurden.

Auch mit den einschneidenden Einsatzerfahrungen von Großschadenslagen wie z.B. dem ICE-Unglück in Eschede 1998 wurde eine Aktualisierung der Grundlagen mit den „Hamburger Thesen“ der Notfallseelsorge am 12. September 2007 möglich und notwendig (Müller-Lange et al. 2013: 23–27). Selbstverständnis, Auftrag und Qualitätsstrukturen fanden auch außerhalb des Bereiches der verfassten evangelischen und katholischen Kirche Beachtung: seit 2002 wird für die Unterstützung von Betroffenen und Einsatzkräften die Bezeichnung „Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)“ benutzt. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) hatte seit diesem Zeitpunkt Forschungsprojekte beauftragt und den sogenannten „Konsensus-Prozess“ zur Qualitätssicherung im Bereich PSNV initiiert (Müller-Lange et al. 2013). Eine Vielzahl von staatlichen und kirchlichen Einrichtungen (wie die Notfallseelsorgegremien der evangelischen und katholischen Kirchen) wie auch Fachverbänden (wie z.B. der Deutsche Feuerwehrverband, die Hilfsorganisationen u.a.) haben die Ergebnisse dieses Konsensus-Prozesses 2011 einvernehmlich verabschiedet, u.a. eine einheitliche Terminologie definiert und Qualitätsmindeststandards für Aus- und Fortbildung von Fachkräften der PSNV vereinbart.

Für die Notfallseelsorge ist ihre Einbindung in die traditionelle Gefahrenabwehr bei komplexen Gefahren- oder Schadenslagen, aber insbesondere die Integration ihres klassischen Aufgabengebietes zur Bewältigung individueller Notfälle (bei Verkehrsunfälle, plötzlichen Todesfällen im häuslichen Bereich usw.) in das Gesamt aller PSNV-Angebote essentiell. Damit ist Notfallseelsorge anerkannter Teil der öffentlichen Daseinsfürsorge.

Außerdem wird neben der geschilderten Erstversorgung für Opfer, Zeugen und Angehörige nach extremem Erleben mit davon unterschiedener fachlicher Expertise die psychosoziale Unterstützung von sämtlichen Einsatzkräften in Prävention, Intervention und Postvention nach besonders belastenden Einsätzen geregelt.

Hintergrund waren die ausgewerteten Erfahrungen in der Bewältigung großer Schadensereignisse (wie Flugschauunfall Ramstein 1988, ICE-Unglück Eschede 1998, Tsunami-Katastrophe 2004, Love-Parade-Unglück Duisburg 2010).

Die Hilfsorganisationen (Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz, Malteser Hilfsdienst, Johanniter Unfall-Hilfe) wie auch die Konferenz evangelischer Notfallseelsorge und die Konferenz der Diözesanbeauftragten für die Katholische Notfallseelsorge haben gegenseitige Anerkennung der Grundlagen im Bereich der Psychosozialen Akuthilfen wie auch der Aus- und Fortbildung im Bereich der Psychosozialen Akuthilfen im Jahr 2013 beschlossen. Ein Mindestumfang der fachlichen Fortbildung von 80 Unterrichtseinheiten ist seitdem vereinbart.

Diese Mindeststandards werden im kirchlichen Bereich erweitert, z.B. mit Elementen des liturgischen Handelns und der theologischen Grundlagen der Notfallseelsorge.

Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von jeder Form von Psychosozialer Akuthilfe durch Zeugen, Opfer und Angehörige und Kostenlosigkeit der Einsätze für diesen Nutzerkreis sind ebenfalls Teil der einvernehmlichen Standards.

Notfallseelsorge geschieht in der Regel als unentgeltliche Leistung – sei es durch ehrenamtlich tätige Fachkräfte, sei es durch hauptamtliche Geistliche im Rahmen ihres verabredeten pastoralen Dienstauftrages.

Merke:
- *Inanspruchnahme von Notfallseelsorge immer freiwillig*
- *Keine Behandlung von Störungen mit Krankheitswert*
- *Verbindlich abgesprochene Standards in Deutschland*
- *Notfallseelsorge ist keine missionarische Tätigkeit*

Wesentliche fachliche Grundlagen aller Psychosozialen Akuthilfen betreffen Indikation, Ausschlusskriterien und Abgrenzung von heilkundlichen Leistungen. So sind auch bei Notfallseelsorgeeinsätzen

- akutpsychiatrische Krisen
- akute Suizidalität (mit sog. „talk down" durch andere Fachdienste)
- Deeskalation im Rahmen polizeilicher Lagen (wie Geiselnahme)

ausgeschlossen und bedürfen ggf. fachärztlicher, psychotherapeutischer oder polizeilicher Intervention.

Notfallseelsorge ist stets und überall in Deutschland ökumenisch wahrgenommene Aufgabe: sie geschieht **im Auftrag** der entsendenden Kirchen und Gemeinden, die in den regionalen Arbeitsgemeinschaften Christlicher Kirchen in Deutschland (ACK) zusammengeschlossen sind.

Unabhängig von dieser Beauftragung durch christliche Kirchen und Gemeinden ist die **Zielrichtung** immer die Offenheit für alle Menschen in Extremsituationen, die diese Hilfe wünschen – unabhängig davon, ob sie einer Glaubensgemeinschaft zugehörig sind oder nicht. Eine konfessionelle „Passung" von Notfallseelsorger und Angehörigen wäre allein wegen der Alarmierungslogistik nicht möglich. So können im Einsatz Menschen ganz verschiedener Glaubensrichtungen aufeinander treffen. Die Auswertung der Einsätze ergibt aber: dies bedeutet in der Regel kein Problem. Allerdings wird ein Notfallseelsorger/eine Notfallseelsorgerin bei der Erkundung von womöglich hilfreichen Ressourcen von Opfern, Zeugen und Angehörigen aufmerksam sein für glaubensmäßige oder gemeindliche Bezüge und die Weiterleitung zu den möglichen Formen von weiter begleitender Seelsorge in den je eigenen Denominationen. Notfallseelsorge ist keine Form der Mission für die eigene Glaubensrichtung. Sie ist als Dienst der „Ersten Linie" strikt subsidiär zu den Diensten der „Zweiten Linie", zu denen z.B. klassische Angebote der Seelsorge der Denominationen zählen. Bei Einsätzen in muslimischen Familien gilt es, alles Nötige für die hier nach den Lehren des Islam notwendigen Hilfen durch die Großfamilie, die Gemeinschaft der muslimischen Gläubigen und ggf. den zuständigen Imam der eigenen Moscheengemeinde zu unterstützen. In Freikirchen gibt es häufig für Seelsorge besonders beauftragte und befähigte Gemeindeglieder und Laien, an die durch die Notfallseelsorge weitergeleitet werden soll.

Soll solche Weiterleitung gelingen, bedarf es umfänglicher Vertrautheit mit der in Deutschland vorfindlichen Vielfalt religiösen Lebens, Einbindung in das lokale System der Notfallseelsorge und Kenntnis der lokalen Bedingungen.

Bei großen Schadensereignissen gelten in der Notfallseelsorge ähnliche Prinzipien des Einsatzaufbaus, der Aufteilung in Einsatzabschnitte, der Führung und der Nachalarmierung, exakt so, wie sie in den übrigen Fachdiensten des Rettungswesens bewährt sind. Sie werden in der Regel in Übungen auf regionaler Ebene immer wieder erprobt. Beim Love-Parade-Unglück 2010 in Duisburg waren am Schadenstag 90 Einsatzkräfte der Notfallseelsorge – nachalarmiert aus den umliegenden Regionen Nordrhein-Westfalens – tätig. Komplexe Aufgaben wie Medienarbeit, umfängliche Nachsorgemaßnahmen, Mitwirkung an speziell auf solche Großschadenslagen bezogenen Gottesdienste, geordnete Ablösung von Einsatzkräften: all dies war und ist nur möglich in überörtlicher Absprache nach vorher abgesprochenen Algorithmen. In einigen Bundesländern gibt es bereits heute landesweite Leitungsstrukturen der Psychosozialen Notfallversorgung, die bei großen Schadensfällen aktiviert werden und helfen, die Notfallseelsorge mit den übrigen Hilfsangeboten zu koordinieren.

16.2 Aufgabe der NFS bei Betroffenen und bei den Fachkräften der Hilfsinterventionen

16.2.1 Aufgaben bei Betroffenen

Eine Unfallstelle absichern, Verletzte bergen, ausgelaufenen Treibstoff abbinden, Löscharbeiten: die Aufgaben der Feuerwehr bei einem Verkehrsunfall sind klar definiert, ebenso die rettungsdienstlichen und notärztlichen Handlungsnotwendigkeiten: Kreislauf- und Atmungsstabilisierung, Blutstillung, Reanimationsmaßnahmen usw. Die Aufgaben der Notfallseelsorge sind zunächst schwieriger zu beschreiben. So sprechen die „Hamburger Thesen“ (verabschiedet von der Konferenz evangelischer Notfallseelsorge 2007) von der „Präsenz des Seelsorgers, der Seelsorgerin vor Ort und dem Angebot einer helfenden Begleitung in der Akutphase“ (Müller-Lange et al. 2013).

„Präsenz“ und „hilfreiche Begleitung in Akutphase“: beides trifft im Grunde für alle professionellen Helferinnen und Helfer in Extremsituationen ebenfalls zu. Die anderen Professionen haben aber neben der basalen Form von Zuwendung auch andere fachliche Aufgaben. In aller Regel ist die basale menschliche Zuwendung durch die fachgerechte Erledigung dieser übrigen Aufgaben und ein begrenztes Zeitbudget eingeschränkt. Notfallseelsorge hat in aller Regel genügend Zeit zur Verfügung, um zumindest bis zu einem gewissen Abschluss der Akutphase präsent zu sein. Sie entstand paradoxerweise aus dem zunächst völligen Fehlen jeder geistlichen Präsenz durch die Professionalisierung der Rettungsdienste: ab den sechziger Jahren ist die Anwesenheit von Geistlichen an Unglücksorten nur noch zufällig möglich, da Bergung und Abtransport in Verbindung mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen und wachsenden Möglichkeiten der intensivmedizinischen Versorgung auch während der Transporte (z.B. Luftrettung) stattfinden. Helfende Intervention in Gestalt von Gebet, Aussegnung und anderen Ritualen ist im Abstand von Zeit und Raum nicht möglich.

Empirische Studien zur Wirksamkeit von „Seelischer Erster Hilfe (Lasogga u. Gasch 2009) belegen, dass Opfer, Zeugen und Angehörige in erster Linie die verlässliche Anwesenheit von Ersthelferinnen/Ersthelfern als wesentliche Hilfe beschreiben – und post hoc insbesondere deren Fehlen als zusätzlichen erheblichen Belastungsfaktor nach Unglücken erinnern, wenn sie nach Schadensfällen befragt werden. Fehlt sol-

che Präsenz, steigert sich unmittelbar das Gefühl von Verlassenheit und bedrohlicher Verwirrung. Seelische Hilfe ist wirksam, wenn sie

- möglichst schnell nach dem Schadensereignis angeboten wird,
- wenn sie ohne Unterbrechung geschieht und genügend lange andauert.

Diese Hilfe ist mit wenigen Grundregeln auch von zufällig am Schadensort anwesenden Laien leistbar, wenn diese sich als Helfende namentlich vorstellen, wenn sie glaubhaft versichern, dass Rettung bald kommt, wenn sie vor Zuschauenden abschirmen und vorsichtigen Körperkontakt zum Unfallopfer aufnehmen („4-S-Regel" Lasogga u. Gasch 2009).

Ein Fallbeispiel für solche basale, wirksame Hilfe aus dem Bereich „häuslicher Todesfälle" wird hier aufgeführt:

20:15 Ehemann (70) kollabiert im Badezimmer.

20:17 Ehefrau (71) alarmiert telefonisch die Leitstelle des Rettungsdienstes und erhält dort Instruktionen zu lebensrettenden Maßnahmen.

20:23 Innerhalb des angestrebten Zeitfensters sind Notärztin und Rettungsassistenten am Einsatzort und setzen die Reanimationsmaßnahmen der Ehefrau fort. Ein Rettungsassistent schlägt vor (da die Ehefrau mehr und mehr schluchzt), die Notfallseelsorge nachzualarmieren, das Rettungsteam berät dies kurz, stimmt einvernehmlich zu – die Anforderung geht telefonisch an die Leitstelle. Die Prognose für den Ehemann scheint ungünstig.

20:45 Leitstelle alarmiert den diensttuenden Notfallseelsorger. Das Rettungsteam setzt die Reanimation in Erwartung des Notfallseelsorgers fort, auch wenn die Aussicht auf Erfolg der Maßnahme schwindet.

21:10 Der Notfallseelsorger trifft in der Wohnung ein, die Notärztin teilt ihm in der Türöffnung schon mit, dass die Rettungsmaßnahmen leider eingestellt werden – mangels Aussicht auf Einsetzen der Herztätigkeit. Der Notfallseelsorger stellt sich er Ehefrau vor und bittet sie, mit ihr im Wohnzimmer Platz zu nehmen.

21:25 Das Rettungsteam stellt die Ordnung in der Umgebung des Leichnams in etwa wieder her, die Notärztin füllt die Todesbescheinigung aus, Das Team kondoliert bei der Witwe, verabschiedet sich vom Notfallseelsorger und rückt aus. Der Notfallseelsorger bleibt, spricht mit der Witwe über die letzten gemeinsamen Tage, fragt behutsam, ob der Tod als mögliches Ereignis jemals in den Gesprächen des Ehepaares vorgekommen sei. Er erkundigt sich nach Kindern, Angehörigen, bietet seine Hilfe beim Kontakt zum Bestatter an.

22:00 Der Sohn des Verstorbenen trifft ein – telefonisch informiert. Der Notfallseelsorger hat verstanden, dass ein loser Kontakt zu einem örtlichen Pfarrer bestanden hat – er wird diesen am Morgen des folgenden Tages informieren. Er bietet Gebet und Segen am Sterbebett an, die Witwe und der Sohn sind einverstanden. Der Notfallseelsorger zündet eine Kerze neben dem Bett an, betet den traditionellen „Valetsegen", bittet Gott um Beistand für Sohn, Ehefrau und alle übrigen Trauernden.

22:40 Der gewünschte Bestatter trifft ein, der Notfallseelsorger vergewissert sich, dass seine Anwesenheit nun nicht mehr erforderlich ist und verabschiedet sich.

23:05 Notfallseelsorger meldet Leitstelle: „Zurück vom Einsatz".

Für Außenstehende ist dies sicher eine wenig spektakuläre Standardsituation – aus den Rückmeldungen aus den nachfolgenden Trauergesprächen der gemeindlichen Seelsorge wird deutlich, dass die Erstintervention als erheblich Stärkung für die Angehörigen erlebt wird. Die Besonderheit der Einbeziehung der Betroffenen (Polizist: „Möchten Sie mit jemandem von der Notfallseelsorge sprechen?“), die Orientierung auf vorhandene Ressourcen der Bewältigung (Angehörige, Nachbarn, religiöse Bindungen), die zeitliche Flexibilität bis zur Übergabe an Bestatter oder eintreffende Freunde und Angehörige: all dies macht deutlich, dass „Präsenz und hilfreiche Begleitung“ faktisch aufwendige und komplexe Leistungen sind, die professionelles Handeln erfordern. Zudem steht als Systemleistung im Hintergrund ein regionales, qualifiziertes und nachalarmierbares Netz von anderen Fachkräften bereit – z.B. mit Fremdsprachenkenntnissen oder als qualifizierte muslimische Notfallbegleitung. Verlässlichkeit der Anfahrt auch bei extremen Wetterlagen durch Transporthilfe der Feuerwehren, geregelte Ablösung bei langen Einsätzen, eigene Supervision der Einsätze, anonymisierte Dokumentation sind Teil der Qualitätssicherung.

Die Mehrzahl der Einsätze der Notfallseelsorge (ca. 65%/Schätzwert) sind vergleichbare Einsätze im häuslichen Bereich. Die übrigen Einsätze im außerhäuslichen Bereich modifizieren die Grundprinzipien notfallseelsorgerlichen Handelns dadurch, dass Ressourcen außerhalb des Wohnumfelds schwerer ausfindig zu machen sind, dass ggf. Gesprächsführung im Freien oder im Einsatzfahrzeug stattfinden muss, das die Exposition von Opfern, Zeugen und Angehörigen vor „Gaffern“ und Medienvertretern eine erhebliche Zusatzbelastung darstellen kann. Die Notfallseelsorge sieht ihre Aufgabe auch im Schutz gegenüber diesen Komplikationen.

NFS als „Dienst der ersten Linie“ setzt voraus, dass fachlich qualifizierte „Dienste der zweiten Linie“ wie Beratungsstelle, Psychotherapeuten/innen, gemeindliche Seelsorge, Selbsthilfegruppe, Akutpsychiatrische Hilfen bereitstehen. Die Akuthilfe für Betroffenen besteht in der Kompetenz der NFS, eine vorläufige Expertise im Sinne von Erstscreening vorzunehmen, ohne umfängliche sachkundige psychodiagnostische Leistungen erbringen zu müssen. In der Ausbildung zu NFS werden die einschlägigen Störungsbilder wie „Akute Belastungsreaktion (ICD 10 F43.0)“ unterrichtet – um im Einsatz kritische Entwicklungen von der angemessenen Trauerreaktion unterscheiden zu können und ggf. Weiterempfehlungen geben zu können. Auch weitere Traumafolgestörungen wie Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 F43.1) sind Teil der Fortbildungseinheiten zu Psychotraumatologie, führen aber in der Akutsituation nicht zu einem eigenständigen heilkundlichen Handeln der NFS. Die Nähe zum Schadensereignis würde im Übrigen auch keine sachgerechten Diagnosestellungen oder gar traumatherapeutisches Handeln für Fachkräfte ermöglichen. Im Einsatzalltag ist die Schnittstelle zu notärztlichem Handeln wichtig: wann ist medikamentöse Sedierung bei heftiger Erregung indiziert, wann verhindert diese schnelle Sedierung das seelsorgerliche Gespräch?

Lösbar sind solche schwierigen Entscheidungen und Einschätzungen, wenn die genauen Kenntnisse der je anderen Professionalität in Medizin und Seelsorge mit Wertschätzung auf Basis von als gelungen erlebten gemeinsamen Einsatzlagen besteht.

16.2.2 Aufgaben der NFS bei den Fachkräften der Hilfsintervention

Diese bestehen zunächst in deren Entlastung von Doppelaufgaben in Bezug auf Zeugen und Angehörige (Feuerwehrmann: „Die NFS hält mir beim Verkehrsunfall den Rücken frei."). Rettungsdienste arbeiten unter hoher Stressbelastung – in der Regel müssen sie ohne Verzug nach Erledigung der Kernaufgaben zurück in den Standort, um für weitere Alarmierung bereit zu stehen. Lange Verweildauer am Schadensort ist kaum möglich. Gerade der Abbruch von Reanimationsmaßnahmen, die ohne Erfolg bleiben, kann die Fachkräfte enorm belasten. Eine von Vertrauen getragene Übergabe der Betreuung von Angehörigen an die NFS entlastet – kann die NFS doch ggf. auch einige Stunden am Einsatzort bleiben. Ähnliche gilt für die Kooperation mit Polizeikräften: die Überbringung von Todesnachrichten ist als hoheitliches Handeln Aufgabe der Polizei. NFS ist Anfang der neunziger Jahre aus den Erfahrungen auch der Polizeiseelsorge entstanden. Die Begleitung von Polizeibeamten/innen bei der Überbringung von Todesnachrichten ist seitdem eine bewährte gemeinsame Aufgabe von Polizei und NFS. Dies schlägt sich in den Leitlinien der Innenministerien nieder, die die Kooperation empfehlen. Professionelle Kooperation setzt eine genaue gegenseitige Kenntnis der Rollenprofile der andern Fachkräfte voraus. In der Fortbildung zur Mitarbeit in der NFS wird dies u.a. in Hospitationen bei Feuerwehr und im Wach- und Wechseldienst der Polizei gelernt. In den Aus- und Fortbildungen der Feuerwehr, den rettungsdienstlichen Fortbildungen und den Polizeiausbildungen wiederum wird über die Rollenprofile der NFS informiert. Im Einsatz nicht verhandelbare Grundprinzipien des jeweiligen Handelns (wie Ermittlungsnotwendigkeit der Polizei, Vorrang lebensrettender Maßnahmen im rettungsdienstlichen Handeln, seelsorgerliche Verschwiegenheit bei NFS) können zu Belastungen der Kooperation führen.

Verbindliche Routinen, die regelmäßig gemeinsam geübt werden, die Einordnung der NFS in Struktur und Leitung des Einsatzes (Polizei, Feuerwehr oder ärztlicher Leiter Rettungsdienst), definierte Einsatzstichworte für verbindliche Mitalarmierung der NFS (z.B. „Todesnachricht überbringen") und regional abgesprochene Wege der Dokumentation und Umgang mit Beschwerden verbessern das wachsende kollegiale Vertrauen in die jeweilige Kompetenz des Anderen.

Einsatzkräfte sind oft Opfer von Projektion und Vorwürfen durch Opfer, Zeugen und Angehörige – bis hin zu Gewalthandlungen. Im günstigsten Fall hat die NFS hier eine vermittelnde Position zwischen den Beteiligten. Besonders deutlich wird dies im Fall von Plötzlichem Kindstod (SID):

Ein Fallbeispiel:

Die Eltern finden ihren dreimonatigen Sohn morgens leblos im Kinderbett vor. Sie alarmieren den Rettungsdienst. Die wenigen Minuten bis zum Eintreffen des Notarztwagens dehnen sich in der Wahrnehmung der Eltern. Sie ertragen dies kaum. Die Notärztin stellt nach Untersuchung den Tod des Kindes fest und erklärt den Eltern, dass der Tod wahrscheinlich vor einigen Stunden eingetreten ist und sie deshalb keine Reanimationsmaßnahmen durchführen wird. Die Anamnese ergibt keine Informationen über Vorerkrankung. Die Notärztin bietet die Alarmierung der NFS an, was die Eltern akzeptieren. Auf der Todesbescheinigung kreuzt sie an, dass die Todesursache ungeklärt ist. Dies hat die Nachalarmierung des kriminaltechnischen Dienstes zur Folge. Die Polizeibeamten treffen – gleichzeitig mit dem NFS ein. Der Notfallseelsorger bittet die Eltern zum Gespräch in das Wohnzimmer – die Polizei-

beamten schließen zur Untersuchung des Kindes die Zimmertür. Sie prüfen u.a., ob Spuren von Fremdeinwirkung an der Leiche zu finden sind. Währenddessen spricht der Notfallseelsorger mit den Eltern auch über die Beschlagnahme des Kindes, eine weitere, für die Eltern stets unerwartete Extrembelastung. Sind doch die Möglichkeiten eines Abschieds von dem Kind in aller Ruhe nun nicht gegeben.

Rechtliche Notwendigkeiten stehen offenbar gegen seelsorgerliche Erfordernisse. In der Auswertung solcher Einsätze bestätigen die Polizeibeamten/innen oft, dass sie auch unter den rechtlichen Erfordernissen leiden und die vermittelnden Rolle der NFS schätzen.

In den „Hamburger Thesen" 2007 (Müller-Lange et al. 2013: 26) wird als besonderes Arbeitsfeld der NFS die Seelsorge in Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz benannt. Besondere Belastungen im Einsatz, Mitarbeit der NFS in Aus- und Fortbildung, Gottesdienste und Amtshandlungen, Beratung der Organisationen im Bereich PSNV und Beratung der Einsatzleitung bei Einsätzen: für diese Aufgaben sind besondere Qualifikationen und Aufträge notwendig. Hier ergeben sich die meisten fachlichen Überschneidungen mit den internen Ressourcen der Hilfsorganisationen, des THW, der Polizei, der Verkehrsunternehmen und der Bundeswehr, die diese für ihre Einsatzkräfte vorhalten. Am häufigsten ist die Beauftragung der **Feuerwehrseelsorge**: „Fachberater Seelsorge" (in der Nomenklatur der Wehren) werden durch die Wehrführung mit Zustimmung einer Kirche ernannt und sind Mitglieder ihrer Wehr. Grundsätzlich gilt: Einsatznachsorge ist Aufgabe der jeweiligen Dienstgeber.

In den vielfältigen fachlichen Angeboten (z.B. Organsisierte Personalunterstützung für Extremeinsätze und Nachsorge (OPEN), Critical Incident Stress Management (CISM) nach J.T. Mitchell) wird in aller Regel mit dem Konzept der Entlastung durch besonders trainierte Peers in Verbindung mit psychosozialen Fachkräften gearbeitet.

16.3 Qualifikation für Notfallseelsorger/innen

Notfallseelsorge ist „Grundbestandteil des Seelsorgeauftrages der Kirchen" – so in den „Hamburger Thesen" 2007 beschrieben (Müller-Lange et al. 2013: 25). Nach den Pionierjahren Anfang der neunziger Jahre wurden nach und nach bewährte und unverzichtbare Ausbildungselemente erprobt, ab 2002 durch Forschungsaufträge seitens des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) evaluiert. „Psychosoziale Akuthilfe" ist seit 2011 der Oberbegriff für das Gesamt der Angebote in kirchlichen und weltlichen Organisationen, für die es im Rahmen des „Konsensus-Prozesses" gelang, im Einvernehmen aller einschlägigen Organisationen und staatlichen Einrichtungen (bis auf die Bundespsychotherapeutenkammer) Standards, einheitliche Nomenklatur und Leitlinien für Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) festzulegen. An diesen Standards orientieren sich die Konferenz Evangelische NFS in der EKD, die Konferenz der Diözesanbeauftragten für die Katholische NFS, der Arbeiter-Samariter-Bund, das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfallhilfe, wenn sie 2013 Mindeststandards der Aus- und Fortbildung im Bereich der Psychosozialen Akuthilfe definieren (Müller-Lange et al. 2013: 437).

Der Mindestumfang beträgt 80 Unterrichtseinheiten und umfasst u.a. Grundlagen der Psychotraumatologie, Organisationskunde im Rettungsdienst und der Behörden

für Ordnung und Sicherheit (BOS), Gesprächsführung, besondere Zielgruppen (Kinder, Menschen mit Behinderung, fremdsprachige Menschen). Besondere Einsatzlage mit spezieller Expertise (z.B. Tod im Betrieb, Suizid, Überbringung einer Todesnachricht), Recht und Verwaltung (Schweigepflicht!) wie auch Selbstschutz und Psychohygiene werden in allen Ausbildungsgängen der genannten Anbieter unterrichtet. Praxiserfahrung in Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten in Form von Hospitationen ergänzt die Unterrichteinheiten. Regelmäßige Supervision und umfassende Dokumentation sind Teil der Qualitätssicherung.

NFS hat darüber hinaus Kurselemente wie „Theologische Grundlagen der NFS“, „Umgang mit Schuld“, „Gebet und Rituale“, als spezifische spirituelle und liturgische Kompetenzen, die NFS von weltlicher Akuthilfe unterscheiden. Besonderes Gewicht hat der Umgang mit den unterschiedlichen Religionszugehörigkeiten der betroffenen Opfer, Zeugen und Angehörigen – zeigen doch Forschungsergebnisse aus der Psychotraumatologie, dass Glaube und Zugehörigkeit zu Glaubensgemeinschaften zentrale Ressourcen zur Bewältigung extremen Erlebens darstellen. Die Vernachlässigung dieser Kräfte wäre allein aus fachlicher Hinsicht fahrlässig.

Angesichts von ca. 5% muslimischem Bevölkerungsanteil sind Einsätze in muslimischen Familien Teil des Einsatzalltags der NFS. Die NFS hat in Zusammenarbeit mit den Organisationen der Muslime darauf reagiert, indem in der Ausbildung das „Krankheits- und Todesverständnis im Islam“ wesentlicher Unterrichtsgegenstand ist, indem eigene Ausbildungsgänge zur „muslimischen Notfallbegleitung“ unter Beteiligung muslimischer Theologen/innen erprobt werden (Müller-Lange et al. 2013: 500–504). Diese Fortbildungen sind an den o.a. „Gemeinsamen Standards zur Psychosozialen Akuthilfe“ orientiert. Die Bedarfe und Lösungen werden nach den sehr unterschiedlichen regionalen Verhältnissen ausgerichtet. In der Regel wird angestrebt, dass zumindest die Nachalarmierung einer muslimischen Notfallbegleitung in jedem regionalen NFS-System möglich ist. Im Einsatzalltag zeigt sich, dass weniger die Barriere unterschiedlicher Glaubensrichtungen als die **Sprachbarriere** die größte Herausforderung für Einsatzkräfte und sicher auch Betroffene darstellt.

Die Zahl ordinierter Geistlicher in den NFS-Teams ist im Osten Deutschlands geringer als im Norden, Westen und Süden. Nichtordinierte psychosoziale Fachkräfte mit zusätzlich erworbener Seelsorgekompetenz werden aber in ganz Deutschland in den nächsten Jahren allein deshalb in größerer Zahl in den NFS-Systemen tätig sein, weil die Zahl der ordinierter Geistlichen insgesamt abnimmt.

16.4 Umgang mit Sterben und Tod

Sicherheit, Berechenbarkeit, umfassende Hilfs- und Rettungskompetenz umgeben die Menschen in Deutschland. Rauchmelder verhindern Erstickungstode in vielen Wohnungen, Gurtpflicht im PKW schafft passive Sicherheit bei Aufprall, ein gut funktionierendes Rettungssystem stellt exzellente Erstversorgung schon am Unfallort sicher.

NFS hat allenfalls mit ihrem Beitrag zu Schulung und Prävention für Einsatzkräfte teil an dieser Form von Gefahrenabwehr und Verhinderung von Traumatisierungen.

In der unmittelbaren Einsatzerfahrung aber geht es um die Bewältigung des Erlebens von Schrecken durch den jähen Tod. Tod ist der größte und hier in aller Regel völlig unerwartete „Störfall“.

Seine Bewältigung kann so gut wie nie „trainiert“ werden. Stets überwiegen Hilflosigkeit und Fassungslosigkeit. NFS kann den Tod nicht rückgängig machen, sie kann allerdings mit der Grundkompetenz von Präsenz und Unterstützung durch das Angebot von Nähe die Opfer, Zeugen und Angehörigen begleiten, die **vorübergehend** desorientiert sind, erst nach und nach ihre eigenen Ressourcen wieder gewinnen werden. Dabei übt NFS keine Heilkunde aus, sie schützt in der Erstintervention auch vor dem Missverständnis, dass die Fülle von Symptomen (Steuerungsstörung, Dissoziation, emotionale Taubheit, hyperaktives Verhalten, vgl. Akute Belastungsstörung nach DSM IV 308.3) Zeichen einer **seelischen Erkrankung** darstellen. In der überwiegenden Zahl verschwinden diese Symptome in kurzer Frist (Müller-Cyran 2009: 38). Auch in Hinblick auf die Zeichen von **Trauer** weiß die NFS, dass die in der Seelsorgelehre umfassend reflektierten Erfordernisse der langfristigen Begleitung von Trauerprozessen ihren Ort keinesfalls in der Akutphase – also am Unfallort oder direkt nach Abbruch der Reanimationsmaßnahmen haben. So ist die Fachlichkeit der NFS im Zwischenraum zwischen später notwendigem heilkundlichen Regime angesichts möglicher seelischer Störungen wie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Trauerseelsorge zu verorten. Beide benachbarten Fachexpertisen ersetzen keinesfalls die NFS.

Die Notfallseelsorgenden teilen mit Einsatzkräften und Angehörigen das Erleben von Hilfslosigkeit. Ihnen wird aber von diesen Sprachfähigkeit angesichts des Todes zugetraut und zugesprochen. Dieses Zutrauen wiederum ist eine essentielle Ressource der NFS. Ein Fundus an bewährter Sprache in Form der Jahrtausende alten Psalmen und die geprägte Sprache in Gebeten sind schon in der Entstehung deutlich auf Extremsituationen bezogen (Ps. 6, 3: „Herr, sei mir gnädig, denn ich bin schwach; heile mich, Herr, denn meine Gebeine sind erschrocken und meine Seele ist sehr erschrocken.“). Der Notfallseelsorgende wird nun natürlich in der ersten Kontaktphase zunächst sich mit wenigen Worten vorstellen, seine Präsenz zusichern und Schweigen teilen können. Gebete finden eher am Ende einer Intervention ihren hilfreichen Platz. Im klar areligiösen Umfeld würden sie geradezu kontraindiziert sein.

Bewegend ist am Ende einer Intervention, wie oft das z.B. Angebot einer Aussegnung auch von Angehörigen gewünscht wird.

Ein Fallbeispiel kann erläutern, dass Hoffnung auf Wiedergewinnung der Sprachfähigkeit – in diesem Fall durch Feuerwehrkräfte – an den Notfallseelsorger gerichtet wird:

> 6:00 Auf einer eingleisigen Bahnstrecke umfährt ein PKW die geschlossene Halbschranke. Das Triebfahrzeug des Zuges erfasst den PKW und zieht ihn 150 Meter beim Bremsvorgang mit. Der PKW ist völlig zerquetscht als zerrissenes Blech unter dem Triebfahrzeug sichtbar. Den unverzüglich eintreffenden Rettungskräften aus Feuerwehr, Notärztin, Rettungssanitätern. Polizei und später Bundespolizei bleibt keine Möglichkeit zum rettenden oder wenigstens bergendem Handeln.
>
> 6:30 Der alarmierte NFS trifft ein, während die Fahrgäste zu einem Bus zur Weiterfahrt geführt werden. In der Supervision berichtet er später, dass der Anblick eines in den Trümmern sichtbaren Buggys für ihn und alle Kräfte das Belastendste war: jeder phantasiert ein totes Kind unter dem Zug …
>
> 8:30 NFS hat seine eigene Ablösung nachalarmiert, da er zu einer Veranstaltung weiter muss. Er übergibt an seinen Hintergrunddienst-Kollegen. Währenddessen ist der Bergezug mit

schwerem Hebezeug der DB AG unterwegs. Dies ist notwendig, da das regional vorhandene Hebezeug von Feuerwehr und THW nicht zur Hebung des Triebfahrzeugs am Zug ausreicht. In der späteren Supervision beschreibt der zweite NFS wie sein Kollege, dass das stundenlange erzwungene „Nichtstun“ neben den phantasierten Bildern des Schreckens (wer ist in dem Auto? Wie zerstört sind die Körper?) eigentlich die größte Last war. Die Feuerwehrleute beschreiben es in der Nachbesprechung in der Wache exakt genauso.

11:00 Der Bergezug ist eingetroffen, alles montiert, die Bergung kann beginnen. Der Einsatzleiter der Feuerwehr stellt die „Erste Linie“ von Kräften zusammen, die den erwarteten Anblick der Toten aushalten müssen und diese dann bergen sollen. Er bittet den NFS: „Sprechen Sie mit den Männern!“ Der NFS berichtet in der Supervision von Hilflosigkeit in den ersten Sekunden („Was soll ich bloß sagen?“) und der beruhigenden Erfahrung, dass er mit wenigen Worten dann doch einige Worte der Ermutigung für die Feuerwehrkameraden gefunden hat – selber überrascht über die ihm zufallende Sprachfähigkeit.

Erstintervention bei Todesfällen erfordert eine klare zeitliche Perspektive. Als Einmalintervention muss der rückblickende Teil zu Beginn (Was ist geschehen? Wer war der Verstorbene für Sie?) übergeleitet werden in vorausschauende Erkundungen. Wer sollte nun an der Seite der Hinterbliebenen sein? Was ist als nächste zu tun? Wer könnte die Bestattung ausrichten? NFS ist für die Organisation ihrer eigenen Ablösung verantwortlich (Müller-Cyran 2009: 43). Manchmal wird durch Hinterbliebene der Wunsch geäußert, der Notfallseelsorger möge selbst die Bestattung übernehmen. Dies ist eigentlich ein gutes Zeichen, wenn man es als Signal für entstandene Nähe versteht. Dennoch muss solch ein Wunsch nach bleibendem Kontakt abgelehnt werden und der Kontakt in die gemeindliche Seelsorge angebahnt werden. Notfallseelsorge ist in aller Regel eine singuläre Intervention, die streng subsidiär für andere Fachdienste der „Zweiten Linie“ eintritt.

Dadurch verzichten die Mitarbeitenden der NFS auf die Rückmeldung über Erfolg ihrer Arbeit.

Ähnlichen Verzicht gibt es im Bereich der Telefonseelsorge. Andere psychosoziale und psychotherapeutische Dienste mit prozessorientierten Mehrfachinterventionen haben es – zumindest bei diesem Thema der intrinsischen Gratifikation durch fachliche Erfolge – leichter. Umso wichtiger ist ausreichende und qualifizierte Supervision für die Notfallseelsorgenden.

Literatur

APA (American Psychiatric Association) (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. 4. Aufl. (dt. Bearb. v. Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M). Hogrefe, Göttingen

Gerngroß J (2015) Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Schattauer, Stuttgart

Lasogga F, Gasch B (2009) Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. 4. Aufl. Stumpf + Kossendey, Edewecht

Lasogga F, Münker-Kramer E (2009) Psychosoziale Notfallhilfe. Stumpf + Kossendey, Edewecht

Müller-Cyran A (2009) Krisenintervention bei Menschen nach der Konfrontation mit dem plötzlichen Tod – die peritraumatische Krisenintervention. In: Bronisch T, Sulz S (Hrsg.) Krisenintervention und Notfall in Psychotherapie und Psychiatrie. 1. Aufl. CIP-Medien, München, S. 37–45

Müller-Lange J, Rieske U, Unruh J (Hg.) (2013) Handbuch Notfallseelsorge. Stumpf + Kossendey, Edewecht



Pfarrer Christoph Pompe, Psychologischer Psychotherapeut

Studium der ev. Theologie und Psychologie in Bonn. Seit 1979 Leitung der evangelischen Beratungsstellen in Duisburg/Moers, in Oberhausen und ab 1995 in Detmold. Mentor der Telefonseelsorge Duisburg/Mülheim/Oberhausen. Leitung der Notfallseelsorge Lippe seit 1998. Mitglied des Vorstandes des Ev. Konferenz für Familien- und Lebensberatung (EKFuL) e.V. seit 1987. Fortbildung in Verhaltenstherapie, systemischer Familientherapie (Inst. für Familientherapie e.V. Weinheim), tiefenpsychologischer Paarberatung (Ev. Zentralinstitut Berlin), Psychodynamisch Integrativer Traumatherapie (PITT). Fachberater Seelsorge der Feuerwehr Lippe.

17 Soziale Kompetenz in Notfall- und Krisensituationen

Arnd T. May

17.1 Einleitung

Soziale Kompetenz wird meist als selbstverständliche, intuitiv vorhandene Eigenschaft neben der Beherrschung der fachlichen Kenntnisse vorausgesetzt. Moralische Intuitionen sind zwar meist hilfreich, können aber im Einzelfall nicht eindeutig sein. Soziale Kompetenz im professionellen Alltag erfordert eine Kenntnisvermittlung und eine Praxis samt Reflexion des eigenen Verhaltens. Die Tätigkeit der an der Krankenversorgung beteiligten Personen ist durch Handeln und Aktion geprägt, nicht durch Zuschauen und Kontemplation. In der zeitkritischen Situation der Notfallversorgung steht für viele Handelnde das aktive Moment deutlich im Vordergrund. Dabei wird der Heil- und Hilfsauftrag zum Wohle des Patienten ausgeübt. Selbst in der Situation der lebensrettenden Sofortmaßnahmen darf ärztliches Handeln kein blinder Aktionismus sein oder Handeln um des Handelns willen, sondern muss den Patienten im Blick behalten und die Sinnhaftigkeit der Versorgung, was oft als medizinische oder ärztliche Indikation beschrieben wird.

Die Mitwirkung an der Versorgung in Notfall- und Krisensituationen ist von Einsatzbereitschaft, Verantwortungsbereitschaft und Entscheidungsnotwendigkeiten geprägt. Dies kann bei unterschiedlichen Wertvorstellungen und Überzeugungen der Beteiligten zu Konflikten führen. Neben klaren Entscheidungsbefugnissen ist soziale Kompetenz integraler Faktor für das Gelingen in einer arbeitsteiligen Versorgung. Die Interaktion im Team und mit zeitweise in die Behandlung und Versorgung eingebundenen Personen ist für das gegenseitige Verständnis elementar.

Soziale Kompetenz umfasst nach Kanning Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person zur Förderung der Qualität des eigenen Sozialverhaltens als Verhalten einer Person zur

Verwirklichung der eigenen Ziele bei gleichzeitiger Wahrung der sozialen Akzeptanz des Verhaltens (Kanning 2002: 155).

Für die besondere Situation der Versorgung von Patienten in Notfall- und Krisensituationen und die Kommunikation mit Angehörigen, Vertrauenspersonen oder weiteren am Geschehen beteiligten Personen hilft Wissen über Meinungsbildung und Kommunikation und die Reflexion über psychische Bedürfnisse von Menschen. Sowohl für den Patienten als auch für andere in der Unfallsituation beteiligten Personen ist das traumatische Ereignis ein punktuell einschneidendes Ereignis, welches vorher nicht planbar war und nun mehr oder weniger in der konkreten Situation erlebt wird. Sobald der Rettungsdienst die Behandlung übernommen hat, werden der Takt der Versorgung und zur Behandlung nötige Maßnahmen dem Patienten überwiegend mitgeteilt und nicht wertneutral zur Auswahl präsentiert. Je lebensbedrohlicher die Verletzung ist, umso automatisierter läuft die Versorgung ab. Patienten verlieren in dieser Situation nicht ihr Selbstbestimmungsrecht, sind aber zur vollumfänglichen Wahrnehmung oft nicht in der Lage. Damit der Patient mitwirkt und keine Gegenwehr zu den Maßnahmen leistet, sind Informationen und Begleitung erforderlich. Diese zwischenmenschliche Begleitung erfordert Einfühlungsvermögen und Verständnis für diese existentielle Ausnahmesituation, die der Patient überwiegend das erste Mal in seinem Leben erfährt, wohingegen für Profis im Gesundheitswesen diese Situationen zum rettungsdienstlichen und intensivmedizinischen Alltag gehören.

Das medizinethische Ideal der Einwilligung nach Aufklärung wird häufig situationsbedingt nicht realisierbar sein. Dennoch bleibt es der inzwischen in § 630e BGB normierte Auftrag, dass der Patient „über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände“ aufgeklärt werden muss. Damit der Patient eine wohlüberlegte Entscheidung über die Einwilligung treffen kann, müssen ihm die Informationen rechtzeitig gegeben werden (§ 630e Abs. 2 BGB). Bei traumatischen Verletzungsmustern wird der weitere Verlauf detailliert kaum abschätzbar sein. Somit können Informationen zu den zu erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahme nur situationsbedingt eingeschränkt gegeben werden.

Der Kontakt mit lebensbedrohlich verletzten Menschen und diese Wahrnehmung von existentiellen weil prognostisch unsicheren Situationen können zu einer Abstumpfung gegenüber normalen Gefühlen in diesen Situationen führen. Entscheidend für den persönlichen Umgang mit diesen Alltagssituationen sind Hilfemöglichkeiten, welche am Schluss dieses Beitrags vorgestellt werden.

17.2 Patienten in Not

Notfallpatienten sind „Personen, die sich infolge Verletzung, Krankheit oder sonstiger Umstände entweder in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten“ (§ 2 Abs. 2 Satz 3 des Gesetzes über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW – RettG NRW) vom 24. November 1992). Daraus ergibt sich eine eindeutige Behandlungs- und Versorgungspriorität. Personen, die nicht detailliert die Unterschiede der Hilfesysteme im Gesundheitswesen kennen, werden in ihrer Not schnell und bevorzugt die 112 wählen und den Notarzt anfordern, wenn sie „eine für sie unlösbare Situation

sehen“ und das Dilemma für sich mit dem Rettungsmittel lösen, welches am schnellsten an den Einsatzort kommen wird (Engelbrecht 2015). Die Erwartung von schneller und umfassender Hilfe motiviert zum Notruf und abgesehen von bewussten Fehlalarmierungen befinden sich insbesondere Angehörige in einer für sie unlösbaren Situation, die sie möglichst kurz allein erleben möchten und daher zügige Hilfe anfordern, die auch ihnen Beistand bringt und sie aus der Situation herausholt, für die Versorgung und Begleitung des Patienten allein verantwortlich zu sein. Zusätzlich zu dieser individualethischen Perspektive lohnt die Bewertung der Behandlungspriorität im Einzelfall. Dazu schätzte Dick 2000, dass 30–40% der Einsätze des Rettungsdienstes eindeutig der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen sind und damit unter den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung fallen (Dick 2000: 491). Die kostenrelevanten Aspekte der Organisation des Rettungsdienstes können hier nicht weiter betrachtet werden. Die Perspektive soll weiter individualethisch auf den Patienten, die Angehörigen und die versorgenden Fachleute gerichtet bleiben.

Patienten befinden sich nach einem traumatischen Ereignis in einer Ausnahmesituation. Ängste können für Patienten entstehen durch:

- Hilflosigkeit, Überforderung, Schmerzen, Kontrollverlust, verändertes Selbsterleben
- Angst vor seelenloser Versorgung als Objekt der Maximaltherapie
- Sorge um Arbeitsplatz, Zukunft, Angehörige
- Scham

> *In einer Situation der Hilflosigkeit und Überforderung ist für Patienten und auch Angehörige eine klare Kommunikation hilfreich.*

Die eingespielte Routine der Versorgung kann als Stressor wirken. Umso bedeutsamer ist die umsichtige, aber klare Kommunikation. Dazu gehören:

- Zuständigkeiten klären und nicht mit mehreren Personen auf den Patienten einreden
- Vorstellen der eigenen Person, Beachtung der Anredeform des Patienten
- klare, verständliche Botschaften, keine „schonenden Umschreibungen“
- Kommunikationsbarrieren ausschließen (z.B. Schwerhörigkeit)
- einfache Sätze mit möglichst einer Botschaft oder Frage („einfache, leichte Sprache“) ohne komplexe Satzkonstruktionen
- Vorbereiten des Patienten auf bevorstehende Maßnahmen

Bei einwilligungsunfähigen oder bewusstseinsgetrübten Patienten ist die Kommunikation erschwert und wird die Beobachtung von leiblichen Ausdrucksformen in den Vordergrund rücken. Bei bewusstlosen Patienten ist die Tendenz zu beobachten, im Beisein des Patienten über diesen zu sprechen.

> *Für einen wertschätzenden Umgang mit Patienten muss die Kommunikation im Beisein des Patienten über ihn und mit ihm in der Form stattfinden, als wäre er bei Bewusstsein.*

Solange keine gesicherten Informationen über die kognitiven Leistungen des Patienten vorliegen, sollte die Kommunikation normal als Monolog ablaufen und mindestens die Information über Maßnahmen beinhalten. Damit wird standardmäßig eine Information mitgeteilt. Diese Vorgehensweise schützt vor bitteren Überraschungen, wenn vermeintlich Bewusstlose Wahrnehmungen auch während der Bewusstlosigkeit zu berichten wissen.

17.3 Besondere Patientengruppen

Die Vielfalt der Patienten im Gesundheitswesen ist ein Spiegel unserer Gesellschaft und es treffen regelhaft unterschiedliche Wertvorstellungen aufeinander. Die wertschätzende Begegnung ist ein wertvolles Gut und integraler Bestandteil der neutralen Versorgung im Gesundheitswesen. In der Musterberufsordnung für Ärzte steht in § 7 Nummer die Verpflichtung, „Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegen zu bringen“. Eine patientenorientierte Behandlung und Versorgung wird den Patientenwillen beachten und das Patientenwohl im Blick behalten.

Einen Katalog besonderer Patientengruppen zu erstellen bleibt angesichts mannigfaltiger Abgrenzungsschwierigkeiten eine Herausforderung und wird den besonderen Interessen der beteiligten Patienten nicht gerecht. Es gilt die Sensibilität für Patienteninteressen zu schärfen und einen professionellen Umgang mit persönlich herausfordernden Situationen zu trainieren. Dabei sind die Herausforderungen nicht generalisierbar. Aufmerksamkeit fordernde Einflussgrößen können durch den Patienten, seine Angehörigen oder Vertrauenspersonen oder die Einsatzsituation vorliegen. Hilfreich wird die offene Kommunikation sein, mit der im Behandlungsteam die aktuelle Irritation oder persönliche Einschränkung ausgesprochen wird. Für die gewohnte Behandlung störend können Zuschauer sein, welche gaffen, den Einsatz behindern und evtl. dauerhaft fotografieren oder filmen. Diese Verhaltensweisen sind geeignet, dem Patienten zu schaden. Dies mag schon durch den verzögerten Zugang zur Einsatzstelle geschehen oder das Binden von Aufmerksamkeit. Eine deutliche Kommentierung kann helfen und letztlich können die Ordnungskräfte einbezogen werden. Der Appell zum Perspektivwechsel kann autoritativ verstärkt werden.

Laut § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV) soll der Unterricht „die Entwicklung der zur Ausübung des Berufs erforderlichen Personal-, Sozial- und Selbstkompetenz“ fördern. In der Ausbildung sind 120 Stunden für Kommunikation und Interaktion mit sowie Beratung von hilfesuchenden und hilfebedürftigen Menschen unter Berücksichtigung des jeweiligen Alters sowie soziologischer und psychologischer Aspekte vorgesehen.

Notfallsanitäter erhalten in ihrer Ausbildung Informationen zu folgenden besonderen Personengruppen:

- *sterbende Patienten sowie ihre Angehörigen,*
- *Kinder,*
- *Jugendliche, ältere Menschen,*
- *pflegebedürftige Menschen,*
- *gesellschaftliche Randgruppen,*
- *übergewichtige Menschen,*

- *hör- und sehbehinderte Menschen,*
- *unbeteiligte Dritten sowie*
- *psychisch Kranke.*

In der rettungsdienstlichen und intensivmedizinischen Literatur tradiert sich die Vignette des über 80 Jahre alten Vaters, der einen Kindernotfall bei der Rettungsleitstelle meldet, und das Notfallteam dann auf die über 50 Jahre alte Tochter trifft, die in häuslicher Gemeinschaft mit den Eltern lebt. Zweifelsfrei sind die Verwandtschaftsverhältnisse zutreffend, aber ohne Altersklärung haben die Rettungsdienstmitarbeiter eine andere Altersspanne ihrer zukünftigen Patientin erwartet. Dies lässt sich nur durch Nachfragen des Leitstellendisponenten klären, wobei im konkreten Beispiel die Schwere der Verletzung ausschlaggebend sein sollte und nicht das Alter. Gleichwohl werden Einsätze mit Kindern aus emotionaler Betroffenheit oft mit einer noch höheren Dringlichkeit bearbeitet.

Für eine kultursensible Gesundheitsversorgung und interkulturelle Kompetenz ist die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen kulturellen Identität und deren Einfluss auf die eigenen Bewertungen zentral (Peters et al. 2014: 69). Durch das Bewusstmachen eigener Werte und Überzeugungen wird das Fremde erkennbar. Die Etikettierung eines Patienten mit dem Krankheitsbild „Morbus Bosporus" ist ebenso diskriminierend wie die Begrenzung der Zahl der Besucher. Ziel der Versorgung in der Akutsituation ist eine patientenorientierte Behandlung. Dabei liegt der Fokus auf den individuellen Wertvorstellungen, Bedürfnissen und Nöten des Einzelnen. Eine Zuordnung von Menschen zu Wertgemeinschaften oder Kulturen mag eine erste Annäherung erleichtern, trägt aber nicht zu einem wertschätzenden Umgang bei, wenn die Annahmen nicht verifiziert und überprüft werden. So muss auch ein Zeuge Jehovas zu seiner aktuellen in der jetzigen Situation vorliegenden Meinung zu Bluttransfusionen nach der entsprechenden Information und Aufklärung befragt werden. Es wäre ein falsch verstandener Umgang mit Überzeugungen, Werten und Informationen, wenn die Information der Glaubenszugehörigkeit zu den Zeugen Jehovas automatisch als Ablehnung einer Bluttransfusion interpretiert würde und dies nicht besprochen würde. Eine solche wertende Annahme ist mit dem Prinzip der Einwilligung oder Ablehnung nach Information und Aufklärung nicht vereinbar. Es würden Vorurteile und unüberprüfte Annahmen unzulässige Geltung erlangen, was mit einer empathischen unbeeinflussten Annährung an den unbekannten und fremden Menschen unvereinbar ist. Vorurteile kommen nicht nur bei Fremden vor, denn der hochbetagte Mensch muss nicht automatisch schwerhörig sein, wenngleich mit höherem Alter die Häufigkeit des eingeschränkten Hörvermögens zunimmt.

Durch die Aufzählung von relevanten „besonderen" Patientengruppen mit beachtenswerten Interessen oder beachtenswerten Dingen werden sozialer Status, Geschlecht, Staatsbürgerschaft, Dauer des Aufenthalts in Deutschland nicht als relevante und entscheidungsleitende Faktoren anerkannt. Die Hilfsverpflichtung für notleidende Patienten ist unbedingt und kann als Ausdruck der Humanität unserer Gesellschaft gesehen werden.

17.4 Kommunikation im Team

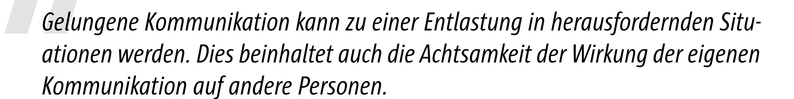
Die bereits dargestellte klare Kommunikation hilft, Missverständnissen vorzubeugen. Auch wird in Situationen von Zeitnot manche Äußerung sprichwörtlich aufgenommen, selbst wenn die gleiche Aussage in anderen Momenten augenzwinkernd kommentiert wird. Wenn der Notarzt dem Assistenzpersonal mitteilt, dass er erst einmal einen „Zugang" zum Patienten bekommen möchte, dann bedeutet dies keine Handlungsaufforderung, die Vorbereitungen zum Legen eines peripher venösen Zugangs (Venenverweilkanüle) zu beginnen und den Stauschlauch anzureichen.

In Phasen der Zeitnot sollte Kommunikation keine weitere Störgröße darstellen, was aber zweifellos der Fall wäre, wenn der Empfänger erst die Exegese der Botschaft des Senders betreiben müsste. Die Aufmerksamkeit des Kommunikationspartners sollte von der Patientenversorgung nicht auf die Interpretation von Kommunikationsinhalten gelenkt werden, um eine mögliche Ablenkung zu vermeiden. Eine komplizierte Kommunikation ist Quelle für Fehler und Missverständnisse.

Kommunikationsstörungen können entstehen durch:

- Dialekt, Sprechgeschwindigkeit, Tonart,
- Angst, Unsicherheit, Vorurteile,
- Begrifflichkeiten,
- Informationsüberflutung und
- unübersichtliche Darstellung komplexer Vorgänge.

Eine Kommunikation mit einfachen Satzkonstruktionen hilft zur Schaffung von Klarheit. Dies muss nicht gleich zum Befehlston abgleiten aber klar strukturierte Aussagen helfen beiden Kommunikationspartnern. Fehler durch Kommunikationsstörungen können verhindert werden, wenn strukturierte Formen des Austausches Verwendung finden. Damit kann ein vertrautes Miteinander geschaffen werden, welches in unübersichtlichen Situationen der Reiz- und Informationsüberflutung der aktuellen Situation vertraute Sicherheit im Miteinander gibt. Bei der Formulierung von Arbeitsaufträgen untereinander muss schon bei der Formulierung darauf geachtet werden, dass sie verstanden und umgesetzt werden können. Komplexe Vorgänge müssen überschaubar unterteilt werden. Nach der Erledigung von Aufträgen hilft eine Rückmeldung zur Planung der weiteren Maßnahmen.



Gelungene Kommunikation kann zu einer Entlastung in herausfordernden Situationen werden. Dies beinhaltet auch die Achtsamkeit der Wirkung der eigenen Kommunikation auf andere Personen.

17.5 Hilfsmöglichkeiten

Der erste Weg zur Unterstützung sollte zu den Kolleginnen und Kollegen sein, da diese in der Regel schnell verfügbar sind. Deren Zeitbudget für die Besprechung akuter Schwierigkeiten wird wegen der eigenen Einbindung in die Patientenversorgung begrenzt sein. Doch für eine erste Rückmeldung samt Wahrnehmungsabgleich und erstem Hinweis auf Lösungsoptionen sollte auch im Arbeitsalltag Zeit sein. Bei einer kollegialen Beratung findet ein offener Austausch innerhalb des Stationsteams oder

der beteiligten Arbeitseinheit statt. Konkrete Probleme und Praxisfälle werden durch die Rückmeldungen, Wahrnehmungen und Bewertungen der anderen Gruppenmitglieder systematisch reflektiert, um Lösungsoptionen für den Berufsalltag zu entwickeln. Diese als Intervision bezeichnete Möglichkeit des Austausches findet ohne externe Anleitung statt.

Zur Konfliktlösung hat sich das Instrument der Klinischen Ethikberatung bewährt, welches zunehmend im Gesundheitswesen Verbreitung findet. Ethik-Fallberatungen dienen der Unterstützung in schwierigen Entscheidungs- bzw. Behandlungssituationen. Ausgangspunkt für eine Ethik-Fallberatung ist eine unterschiedliche Einschätzung zur weiteren Versorgung oder auch zum Patientenwillen. Beratungen können von allen an der Entscheidung bzw. Behandlung Beteiligten beantragt werden (z.B. Mitarbeitende aus den verschiedenen Berufsgruppen, Patienten und Bewohner, deren Angehörige und Stellvertreter). In einer moderierten, strukturierten Ethik-Fallberatung wird die Klärung des Konflikts angestrebt. Damit dient Ethikberatung der Information, Orientierung und Beratung der verschiedenen an der Versorgung beteiligten bzw. davon betroffenen Personen (z.B. Mitarbeitende und Leitung der Einrichtung, Patienten/Bewohner, deren Angehörige und Stellvertreter im Sinne des Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuers). Ethikberatung trägt mit einem multiprofessionellen Team von Ethikberatern dazu bei, Probleme und Konflikte möglichst einvernehmlich zu lösen und die erarbeitete Lösung praktisch umzusetzen. Ethische Anteile an Entscheidungsprozessen können sichtbar gemacht werden und Entscheidungen an moralisch akzeptablen Kriterien ausgerichtet werden (d.h. eine „gute“ Entscheidung in einem „guten“ Entscheidungsprozess zu treffen). Ethik-Fallberatungen finden überwiegend zu aktuellen noch nicht entschiedenen Situationen als prospektive Besprechungen statt, können aber auch retrospektiv Entscheidungssituationen reflektieren (May 2012).

Eine Supervision kann je nach Konflikt als Einzelgespräch oder mit dem Team stattfinden. In einer Einzelsupervision steht persönliches Verhalten im Vordergrund, wozu insbesondere die individuellen Wertvorstellungen, Einstellungen, Orientierungen Erfahrungen, Gedanken und Gefühle angesprochen und auf die Konfliktsituation bezogen werden. Bei einer Gruppenvision wird die Zusammenarbeit im Team bzw. in der Organisation mit den beteiligten Personen des Kollektivs besprochen werden. Auf unterschiedlichen Ebenen des professionellen Miteinanders kann ein Beitrag zu deren Miteinander und deren Beziehung geleistet werden. Der Supervisor ist regelmäßig eine externe qualifizierte Person, welche in die Dynamik der Arbeitssituation nicht eingebunden ist.

Für die Qualifizierung, Fort- und Weiterbildung von Stationsteams sind Maßnahmen sinnvoll, die jene Themenfelder auffrischen, die in der ausschnittweise dargestellten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter beschrieben sind. Ziel der Schulungen ist der professionelle Umgang mit anderen Wertvorstellungen, die sonst aus Unkenntnis zur Verstörung und Ablehnung führen könnten. Weltoffenheit und Toleranz macht sich durch soziale Kompetenz im Gesundheitswesen bemerkbar.

Literatur

Dick WF (2000) „Tun oder Nichtstun" – das ist hier die Frage. Notfall und Rettungsmedizin 3: 491

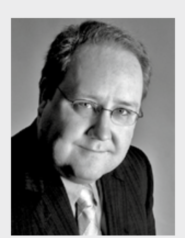
Engelbrecht K (2015) Rettungsdienst, lebensrettende Sofortmaßnahmen und Aspekte der apparativen Intensivmedizin. In: May A, Kreß H, Verrel T, Wagner T (Hg.) Patientenverfügungen. Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Springer, Heidelberg, S. 189–207

Kanning U (2002) Soziale Kompetenz – Definition, Strukturen und Prozesse. Zeitschrift für Psychologie 210: 154–163

May A (2012) Professionalisierung und Standardisierung der Ethikberatung. In: Frewer A, Bruns F, May A (Hg.) Ethikberatung in der Medizin. Springer, Heidelberg, S. 65–75

May A, Mann R (2005) Soziale Kompetenz im Notfall. 2. Aufl. LIT, Münster

Peters T, Grützmann T, Bruchhausen W, Coors M, Jacobs F, Kaelin L, Knipper M, Kressing F, Neitzke G (2014) Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ethik Med 26: 65–75



Dr. phil. Arnd T. May

ethikzentrum.de – Zentrum für Angewandte Ethik Recklinghausen

Studium der Philosophie mit dem Schwerpunkt Angewandte Ethik, Medizinethik. Promotion zu Patientenverfügungen. Zertifizierter Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM).

Aufbau Klinischer Ethikberatung an zwei Universitätsklinika in Deutschland und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens.

18 Interkulturelle Aspekte in der Notfallversorgung

Diana Kietzmann und Silke Schmidt

18.1 Einführung

Die Zahl der Migranten ist weltweit von 175 Millionen im Jahr 2000 auf 232 Millionen im Jahr 2013 gestiegen. Deutschland wurde nach den USA und der Russischen Föderation im Jahr 2013 als Land mit der dritthöchsten Aufnahme von Migranten geführt (United Nations General Assembly Trends in International Migrant Stock 2013). Der derzeitige Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland beträgt etwa 20%, wobei die zahlenmäßig größten Gruppen Migranten aus der Türkei (18,3%), gefolgt von Polen (9,4%) und der Russischen Föderation (7,4%) darstellen (Statistisches Bundesamt 2013). Die mit den Migranten einhergehende sprachliche und kulturelle Vielfalt steht für eine wertvolle gesamtgesellschaftliche Bereicherung. Gleichzeitig sind mit genannter Vielfalt Herausforderungen verbunden, die sich unter anderem im Bereich der Notfallversorgung zeigen. Studien verweisen auf vereinzelte Aussagen von Personal in Notfallaufnahmen, denen zufolge der Umgang mit Sprachbarrieren als schwierig empfunden wird, ebenso wie der Umgang mit einer Vielzahl von Angehörigen bei Notfallbetroffenen mit Migrationshintergrund (Hultsjo u. Hjelm 2005; Ozolins u. Hjelm 2003). Darüber hinaus deuten weitere vereinzelte Aussagen von Rettungsdienstpersonal darauf hin, dass kulturbedingte Unterschiede im Ausdruck von Schmerzempfindungen zu einer erschwerten Diagnose führen können (Machado 2010; Hoffmann 2012).

Professionelle Reaktionen auf die als schwierig empfundenen Situationen setzen sowohl Grundkenntnisse, als auch kulturspezifisches Wissen voraus. Letzteres darf aber nicht zu der Annahme führen, eine Auflistung konkreter Hinweise für den Um-

gang mit Notfallbetroffenen in Abhängigkeit von ihren jeweiligen kulturellen Hintergründen zu erhalten. Zum einen können sich Normen und Werte sowie entsprechende Überzeugungen und Verhaltensmuster im Laufe der Zeit verändern. Zum anderen besteht die Gefahr von Stereotypen, denn Notfallbetroffene würden nicht in ihrer Individualität wahrgenommen werden, sondern als „türkischer Notfallpatient“ oder „russischer Notfallpatient“.

Um folgend das Thema „Interkulturelle Aspekte in der Notfallversorgung“ näher zu beleuchten, werden im Hinblick auf Grundkenntnisse der Begriff der Kultur näher erläutert, einhergehend mit dem Einfluss von Kultur auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Im Zusammenhang mit kulturspezifischen Themen werden anschließend die beschriebenen, als schwierig empfundenen Situationen thematisiert.

> *Eine Auflistung konkreter Hinweise für den Umgang mit Notfallbetroffenen in Abhängigkeit von ihren kulturspezifischen Hintergründen wäre nicht nur unrealistisch, sondern würde auch zu einer Förderung von Stereotypen beitragen.*

18.2 Die interkulturelle Notfallsituation

Aufgrund der in Kapitel 18.1 beschriebenen Bevölkerungsstruktur Deutschlands können sich Notfallbetroffene in sprachlicher und kultureller Hinsicht vom Personal unterscheiden. Damit einhergehende Herausforderungen für das Personal sind ebenfalls in Kapitel 18.1 beschrieben und basieren unter anderem auf kulturbedingte Unterschiede im Verständnis von Gesundheit und Krankheit.

Diese sollten bereits im Vorfeld einer interkulturellen Notfallsituation erörtert werden mit dem Ziel auf genannte Herausforderungen adäquat reagieren zu können.

18.3 Kultur

18.3.1 Der Begriff Kultur in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung

In der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung existiert eine Vielzahl von Definitionen des Begriffes Kultur. So beschreibt Leininger (1988) im Sinne klassischer anthropologischer Definitionen Kultur als „die erlernten, gemeinsamen übermittelten Werte, Überzeugungen, Normen und Lebensweisen einer bestimmten Gruppe, welche deren Überlegungen, Entscheidungen und Handlungen auf eine strukturierte Weise leiten“. Trotzdem dieser Inhalt nicht grundsätzlich in Frage zu stellen ist, entgegnen Kritiker, dass die genannte Definition die Unveränderlichkeit der genannten „Werte, Überzeugungen, Normen und Lebensweisen einer bestimmten Gruppe“ suggeriert (Dornheim 1997) und damit einhergehend die Annahme eines vermeintlich allgemein gültigen Bildes über den „türkischen Patienten“ beziehungsweise den „russischen Patienten“. Andere Autoren (Guarnaccia u. Rodriguez 1996; Boutin-Foster et al. 2008) betonen daher, dass Kultur ebenso als dynamisches Phänomen betrachtet werden muss. Dahinter steht die Annahme, dass sämtliche Faktoren, die einen Einfluss auf Kultur haben, veränderbar sind und somit auch Werte, Überzeugungen, Normen und Lebensweisen einer bestimmten Gruppe. Diese Faktoren werden als so-

ziokulturelle Faktoren bezeichnet und schließen unter anderem Bildungsstatus und Einkommen, aber auch Migrationserfahrungen mit ein (Betancourt et al. 2002).

Kultur ist ein dynamisches Phänomen. Werte, Überzeugungen, Normen und Lebensweisen können sich in Abhängigkeit von bestimmten Faktoren/Erfahrungen ändern.

18.3.2 Der Begriff Kultur im Kontext der Notfallversorgung

Kietzmann et al. (2014) haben im Zusammenhang mit der Erarbeitung konzeptioneller Grundlagen für die Vermittlung interkultureller Kompetenzen im Bereich der Notfallversorgung den Begriff der Kultur thematisiert und diesem folgende Inhalte zugrunde gelegt:

- Kulturelle und soziale Faktoren beeinflussen das Wahrnehmen, Denken und Handeln.
- Kultur ist komplex und steht im Zusammenhang mit der Summe der Erfahrungen eines Notfallbetroffenen. Eine Reduzierung von Kultur auf das Kriterium Herkunft ist ungenügend.
- Kultur als Ressource im Umgang mit Herausforderungen: Die vom Rettungspersonal unter Umständen als problematisch wahrgenommenen Verhaltensweisen können jedoch für Notfallbetroffene mit Migrationshintergrund im Umgang mit einer Herausforderung (überlebens-)wichtig sein.

Betont wird die Summe der individuellen Erfahrungen, die das Wahrnehmen, Denken und Handeln (in Notfallsituationen) prägen. Gleichzeitig wird darauf verwiesen, dass ein Erfragen beziehungsweise die Betrachtung sämtlicher individueller Erfahrungen eines Notfallbetroffenen nicht möglich ist.

Überlegungen, Entscheidungen und Handlungen von Notfallbetroffenen (mit Migrationshintergrund) können über kulturelle Hintergründe hinaus auf jeweils individuell unterschiedlichen Erfahrungen basieren.

18.3.3 Der Einfluss von Kultur auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Kulturell bedingt unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit können sich für das medizinische Personal in unerwartete oder gar irritierende Verhaltensweisen von Notfallbetroffenen mit Migrationshintergrund äußern. Das Anliegen, solche Verhaltensweisen besser verstehen zu können, ist häufig mit konkreten Fragen verbunden: „Wie äußern türkische Notfallbetroffene starke Schmerzen in der Nierengegend?“ oder „Wie ist die Einstellung russischer Notfallbetroffener gegenüber diesen oder jenen Untersuchungen?“ Wie bereits angedeutet, kann es keine allgemeingültigen Antworten darauf geben. Innerhalb der Bevölkerungsgruppen türkischer und russischer Abstammung können der Ausdruck von Schmerzempfindungen

oder die Einstellung gegenüber verschiedener Untersuchungen in Abhängigkeit von der Summe der individuellen Erfahrungen sehr heterogen sein. Dennoch ist es wichtig, über Grundkenntnisse im Zusammenhang mit unterschiedlichen Auffassungen von Gesundheit und Krankheit zu verfügen, da der Zusammenhang zwischen Kultur, Gesundheit und Krankheit vielfach beschrieben wurde (Helman 2007).

> *Der Einfluss von Kultur auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist vielfach beschrieben. Ungeachtet dessen kann dieses Verständnis zwischen Angehörigen einer Kultur variieren.*

Da die zahlenmäßig größte Gruppe der Migranten aus der Türkei (18,3%) stammt (Statistisches Bundesamt 2013), wird folgend der Zusammenhang zwischen einer islamisch geprägten Kultur, Gesundheit und Krankheit exemplarisch dargestellt.

Gesundheit zählt im islamischen Verständnis zu den wichtigsten Gottesgaben und wird als hohes Gut verstanden (Ilkilic 2007). Die mit dem Gottesgabenverständnis einhergehende Verantwortung impliziert sowohl Maßnahmen im Zusammenhang mit einer gesunden Lebensführung, als auch bestimmte Interventionen bei Vorhandensein einer Krankheit (Ilkilic 2005).

Im Zusammenhang mit *Krankheit* ist zunächst festzuhalten, dass diese in islamisch geprägten Kulturen als ganzheitlich angesehen wird. Das bedeutet, dass nicht ein einzelnes Organ oder Körperteil von einer Krankheit betroffen ist und behandelt werden muss, sondern „der ganze Mensch" (von Bose u. Terpstra 2012). So können für lokale, örtlich begrenzte Beschwerden mitunter Beschreibungen wie „alles kaputt" oder „ganzer Körper krank" benutzt werden (Kielhorn 1996). Des Weiteren ist ein kollektives Verständnis von Krankheit vorhanden. Das heißt, dass die Krankheit nicht nur den Erkrankten betrifft, sondern die gesamte Familie (von Bose u. Terpstra 2012). Die daraus resultierende hohe Anteilnahme von Angehörigen ist gleichsam mit der Annahme verbunden, dass menschliche Nähe und Wärme zur Genesung des Erkrankten beitragen (von Bose u. Terpstra 2012).

In Hinblick auf *Krankheitswahrnehmung* und *-bewältigung* geben Studien ebenfalls Hinweise auf kulturbedingte Unterschiede (Franz et al. 2007; Berg 2001). Unter anderem hat Kizilhan (2009) folgende Syndrome auf Grundlage einer Befragung türkischstämmiger Patientinnen und Patienten aufgeführt, deren Bezeichnung, Ätiologie und Beschwerdebild in Tabelle 23 verkürzt dargestellt werden.

Die Zuordnung von verschiedenen Beschwerden zu spezifischen Organen deutet auf Unterschiede im *Anatomieverständnis* hin. Dies wird durch die Feststellung gestützt, dass die Betroffenen nicht-körperliche Beschwerden so beschreiben als seien diese somatisch (Kizilhan 2009). Beispielsweise und wie in Tabelle 23 ersichtlich, ist eine brennende Leber häufig der Ausdruck für Traurigkeit, Sorgen und schweres Leid.

Einhergehend mit diesem Anatomieverständnis unterscheiden sich *Schmerzempfindungen* und *-ausdruck* ebenfalls. Kohnen (2003) beschreibt mit Blick auf familienorientierte Gesellschaften ein emotionaleres Schmerzerleben. Das heißt, dass die mit dem Schmerzerleben einhergehenden emotionalen Faktoren gegenüber den somatischen Faktoren stärker betont werden. Hinzu kommt die bereits vorab beschriebene kollektive/familiäre Bewältigung vor dem Hintergrund der Überzeugung, dass menschliche

Tab. 23 Kulturspezifische Syndrome nach Kizilhan (2009), (erweitert nach Petersen [1995])

Bezeichnung	Ätiologie	Beschwerdebild
Nabelfall	schwer heben, in die Höhe springen, schwere Arbeit, schweres Leben, Stress	Bauch-/Magenschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Schwäche, Müdigkeit
Brennende Leber	Traurigkeit, Sorgen, schweres Leid	Leberschmerzen, Oberbauchschmerzen
Rückenschmerzen	Familiäre Konflikte, Sorgen, Rollenproblematik, schwere Arbeit	stechende und ziehende Rückenschmerzen, kaum in der Lage, sich zu bewegen oder etwas zu heben und zu tragen
Wanderschmerzen/ Windschmerzen	Kummer, Sorgen, Konflikte, Sehnsucht	Müdigkeit, Schwäche, Antriebslosigkeit, jeden Tag befinden sich die Schmerzen an einer anderen Stelle des Körpers
Beklemmungsgefühl	Kummer, Sorgen, Schuldgefühle, Sehnsucht, Ärger	Kopf- und Halsschmerzen, Enge-, Globus- und Erstickungsgefühl, Kurzatmigkeit

Nähe und Wärme zur Genesung des Erkrankten beitragen (von Bose u. Terpstra 2012). Dies setzt voraus, dass die Erkrankung beziehungsweise das damit einhergehende Schmerzerleben gegenüber den Angehörigen deutlich artikuliert werden sollte (Kohnen 2003).

Ein weiterer Unterschied bezieht sich auf das Schamgefühl, dem in der islamischen Religion ein Verständnis von körperlicher Unversehrtheit und Intimität zugrunde liegt (Ilkilic 2007). Gemäß diesem Verständnis kann ein Körperkontakt zwischen nicht verheirateten oder nicht verwandten Frauen und Männern als Intimitätsverletzung wahrgenommen werden (Ilkilic 2007).

Mögliche kulturbedingte Unterschiede, die im Rahmen einer Diagnose oder medizinischen Behandlung in Betracht gezogen werden müssen, betreffen unter anderem das Anatomieverständnis, das Schmerzempfinden und den Schmerzausdruck sowie das Schamgefühl. Darüber hinaus werden unterschiedliche Strategien in Hinblick auf die Bewältigung von Erkrankungen genutzt.

18.4 Mögliche Herausforderungen in interkulturellen Notfallsituationen

Mit den in Kapitel 18.3.3 beschriebenen kulturbedingten Unterschieden im Verständnis von Gesundheit und Krankheit wurden bereits Anhaltspunkte geliefert, die ein entsprechendes Verhalten von Notfallbetroffenen erklären. Doch wie kann im Bereich der Notfallversorgung mit den als schwierig empfundenen Situationen umgegangen werden? Und wie kann das unter Berücksichtigung des akuten Handlungsdrucks für das Personal geschehen? Wichtig ist zunächst, auf Basis von Grundkenntnissen ein Verständnis für kulturbedingt unerwartete oder gar irritierend erscheinende Verhaltensweisen zu entwickeln. Ebenso von Bedeutung ist, auf Basis der Grundkenntnis-

se Hinweise für die Praxis zu erörtern. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die eingangs als schwierig empfundenen Situationen thematisiert.

18.4.1 Umgang mit einer Vielzahl von Angehörigen

Wie bereits beschrieben, ist die Begleitung eines Notfallbetroffenen durch eine Vielzahl von Angehörigen mit der Annahme einer familiären/kollektiven Krankheitsbewältigung verbunden (von Bose u. Terpstra 2012). Aufgrund der Bedeutsamkeit dieser Annahme sollte den Rahmenbedingungen entsprechend vereinzelten Angehörigen eine Begleitung des Notfallbetroffenen ermöglicht werden.

Um eine Vielzahl von Angehörigen auf vereinzelte Angehörige zu begrenzen, kann zum einen die/der Notfallbetroffene gefragt werden, wessen Anwesenheit gewünscht ist. Ist dies aufgrund der Schwere des Notfalls nicht möglich, kann bei den Angehörigen selbst erfragt werden, wer den Notfallbetroffenen begleiten möchte und die Funktion des Ansprechpartners (für das Personal/für die anderen Angehörigen) übernehmen möchte.

18.4.2 Unterschiede im Schmerzempfinden und -ausdruck

Um auf Herausforderungen im Zusammenhang mit Unterschieden im Schmerzempfinden/-ausdruck besser eingestellt/vorbereitet zu sein, sind Grundkenntnisse nötig. Diese beziehen sich unter anderem auf die in Kapitel 18.3.3 erwähnten Unterschiede im Anatomieverständnis.

Darüber hinaus sollte das bereits beschriebene ganzheitliche Verständnis von Krankheiten/Behandlungen bedacht werden, einschließlich die Benutzung von Schmerzausdrücken, die sich unabhängig vom Vorhandensein lokaler, örtlich begrenzter Beschwerden auf den ganzen Körper beziehen können (Kielhorn 1996).

Über die genannten Bezeichnungen und das beschriebene Verständnis hinaus sind eine Vielzahl weiterer Unterschiede im Schmerzempfinden und -ausdruck vorhanden. Folglich wäre ein gänzliches Wissen darüber unrealistisch, und zu bedenken, dass das Verhalten von Notfallbetroffenen höchst unterschiedlich sein kann in Abhängigkeit von der Summe der jeweils individuellen Erfahrungen. Daher ist von Bedeutung, Etikettierungen wie „Mamma Mia Syndrom“ oder „Morbus Bosporus“ zu hinterfragen. Die Verwendung dieser steht im Zusammenhang mit Unkenntnis über kulturell bedingt unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit (Bolten 2007).

18.4.3 Akzeptanz von Personal des anderen Geschlechts

Über die beschriebenen, als schwierig empfundenen Situationen hinaus wird die Akzeptanz von medizinischem Personal des anderen Geschlechts wiederholt thematisiert (Ilkilic 2007; von Bose u. Terpstra 2012). Dabei wird, unter der Voraussetzung der Realisierbarkeit, die Behandlung muslimischer Patientinnen und Patienten durch Personal desselben Geschlechts empfohlen (Ilkilic 2007). Ist die Realisierbarkeit dessen nicht gegeben, gilt aufgrund des Ausnahmezustands, der durch einen Krankheitsfall gegeben sein kann, das Prinzip: „Die Notlage macht das Verbotene erlaubt“ (Ilkilic 2005).

Ungeachtet dessen gilt es, einige Aspekte zu berücksichtigen. Insgesamt sollten notwendige Behandlungsmaßnahmen transparent dargestellt und wenn möglich begründet werden. Im Zusammenhang mit konkreten Behandlungsmaßnahmen, die ein Abnehmen des Kopftuches und/oder die Entkleidung einer muslimischen Notfallbetroffenen erfordern, gibt es folgende Empfehlungen: Bei der Abnahme des Kopftuches sollte der Notfallbetroffenen selbst oder einer Angehörigen die Möglichkeit eingeräumt werden, dies zu tun (May u. Mann 2005). Nach Beendigung der Behandlungsmaßnahme sollte das Kopftuch oder ein Äquivalent (zum Beispiel Dreieckstuch) wieder aufgesetzt werden dürfen (May u. Mann 2005). Die Entkleidung einer muslimischen Notfallbetroffenen sollte, wenn gewünscht im Beisein einer Angehörigen erfolgen. Der Hintergrund ist, dass die Notfallversorgung ohne Beistand durch Angehörige die Ehre der Notfallbetroffenen verletzten könnte (May u. Mann 2005).

18.4.4 Sprachbarrieren

In Hinblick auf den Umgang mit Sprachbarrieren wird wiederholt empfohlen, auf Sprachmittler zurückzugreifen, die entweder professionell tätig sind oder ad hoc agieren (Ilkilic 2007; Brach u. Fraser 2000). Letztere können sowohl das Personal als auch Fremde, die zufällig in der Nähe sind, einschließen. Des Weiteren kann die Rolle eines Sprachmittlers durch Familienangehörige ausgeübt werden. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass weibliche Notfallbetroffene mit Migrationshintergrund wichtige Informationen aus Scham zurück halten können, wenn ein männliches Mitglied der Familie sprachlich vermittelt.

Ebenso denkbar sind Broschüren, die relevante (Notfall-)Begriffe und/oder Patienteninformationen in verschiedenen Sprachen enthalten. Derzeit sind jedoch keine Übersetzungen bekannt, die in Notfallsituationen entsprechend genutzt werden können.

18.5 Fazit

Vor dem Hintergrund der Bevölkerungsstruktur Deutschlands erfordert der komplexe Arbeitsbereich der Notfallversorgung neben fachlichen auch interkulturelle Kompetenzen. Letztere setzen, wie eingangs beschrieben, sowohl Grundkenntnisse, als auch kulturspezifisches Wissen voraus. Auf Grundlage dessen kann zum einen ein Verständnis für ein kulturell bedingt unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit gefördert werden. Zum anderen kann die Beachtung daraus resultierender Hinweise für die Praxis zu einer besseren Bewältigung der als schwierig empfundenen Situationen beitragen.

Literatur

Berg G (2001) Subjektive Krankheitskonzepte – eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion?. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg.) Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Betancourt JR, Green AR, Carrillo EJ (2002) Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. The Commonwealth Fund

Bolten J (2007) Internationalisierung und interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssektor. Kosmetische Medizin 1: 16–22

Boutin-Foster C, Foster JC, Konopasek L (2008) Viewpoint: Physician, Know Thyself: The Professional Culture of Medicine as a Framework for Teaching Cultural Competence. Academic Medicine 83(1): 106–111

Brach C, Fraser I (2000) Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. Med Care Res Rev 57 Suppl 1: 181–217

Dornheim J (1997) Unterschiedliche Kulturbegriffe und ihre Bedeutung für Theorien der transkulturellen Pflege – Ein Beitrag zu den Grundlagen der Pflegewissenschaft: In: Uzarewicz C, Piechotta G (Hrsg.) Transkulturelle Pflege. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S. 11–32

Franz M, Lujić C, Koch E, Wüsten B, Yürük N, Gallhofer B (2007) Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen – Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. Psychiatrische Praxis 34: 332–338

Guarnaccia P, Rodriguez O (1996) Concepts of culture and their role in the development of culturally competent mental health services. Hispanic Journal of Behavioral Sciences 18(4): 419–443

Helman CG (2007) Culture, Health and Illness. Fifth edition. Taylor & Francis

Hoffmann N (2012) Interkulturalität in der Notfallrettung: Der Umgang mit muslimischen Patienten – Fallbeispiele der Berliner Feuerwehr 2012. Europa Universität Viadrina, Frankfurt/Oder

Hultsjo S, Hjelm K (2005) Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. Int Nurs Rev 52(4): 276–85

Ilkilic I (2005) Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in der islamischen Tradition. Medizinethische Materialien, Bonn

Ilkilic I (2007) Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten [Medical ethical aspects of culture in social interactions with Muslim patients]. Dtsch Med Wochenschr 132: 1587–1590

Kielhorn R (1996) Krank in der Fremde. Psychosozial 63: 15–27

Kietzmann D, Hannig C, Kehl D, Schmidt S (2014) Der Kulturbegriff aus Sicht von Betroffenen mit Migrationshintergrund und Bevölkerungsschutzexperten im Kontext der Notfallversorgung. Psychother Psych Med 68(08): 309–314

Kizilhan JI (2009) Subjektive Krankheitswahrnehmung bei MigrantInnen aus familienorientieren Gesellschaften. In: H.B. Stiftung (Hrsg.) Migration & Gesundheit

Kohnen N (2003) Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens. Wie fremde Kulturen Schmerzen wahrnehmen, erleben und bewältigen. pvv, Ratingen

Leininger MM (1988) Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. Nurs Sci Q 1(4): 152–60

Machado C (2010) Interkulturelle Kommunikation in der präklinischen Notfallmedizin: Eine empirische Studie bei der Berufsfeuerwehr Hamburg. VDM Publishing

May AT, Mann R (2005) Soziale Kompetenz im Notfall. Praxisanleitung nicht nur für den Rettungsdienst – ein Unterrichtskonzept. Münster, Lit Verlag

Ozolins L, Hjelm K (2003) Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. Clinical Effectiveness in Nursing 7(2): 84–93

Petersen A (1995) Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieen. Curare 18(2): 531–540

Statistisches Bundesamt (2013) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2012

United Nations General Assembly Trends in International Migrant Stock (2013) The 2013 Revision

von Bose A, Terpstra J (2012) Muslimische Patienten pflegen. Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation. Berlin, Heidelberg, Springer



Diana Kietzmann, Dipl.-Psych.

Studium der Sozialen Arbeit und Psychologie. Seit 10/2010 Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin des Lehrstuhls Gesundheit und Prävention am Institut für Psychologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Wissenschaftlicher Schwerpunkt unter anderem im Bereich der Vermittlung interkultureller Kompetenzen.



Prof. Dr. phil. Silke Schmidt

Studium der Psychologie, Promotion an der Friedrich-Schiller-Universität Jena 2001, Habilitation am Universitätsklinikum Hamburg 2006. Seit 1/2009 W3-Professur und Leiterin des Lehrstuhls Gesundheit und Prävention am Institut für Psychologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Leiterin vieler multizentrischer Studien zur psychischen Prävention im Bereich Gesundheit und Bevölkerungsschutz.

19 Schweigepflicht als Teil des Persönlichkeitsschutzes in der Notfallmedizin

Markus Parzeller

19.1 Einleitung

Bereits in der Antike belegt der so genannte Eid des Hippokrates, dass ein erhebliches Maß an Diskretion und Verschwiegenheit vom Arzt im Umgang mit Informationen über den Patienten erwartet wurde (Markel 2004; Parzeller u. Bratzke 2000; Roebel et al. 2009; Schlund 2010):

> *„... Was immer ich sehe und höre bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf ...“ (Auszug aus dem so genannten Eid des Hippokrates)*

Die ärztliche Schweigepflicht stellt in der modernen Welt für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis eine wesentliche Grundlage dar. Gerade beim Einsatz neuester Technik insbesondere bei der Datenverarbeitung und der Dokumentation sind Aspekte des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten (Andreas 2000; Berwanger 2015; Braunschweig et al. 2004; Hausner et al. 2008; Quaas et al. 2014; Schütze et al. 2015; Wellbrock 2007; zum Telenotarztsystem siehe Fehn 2014). Die (ärztliche) Schweigepflicht ist in verschiedenen Normen verankert und Verstöße können sanktioniert werden. Der Schweigepflicht der Ärzte und der medizinischen Hilfsberufe kommt aber nicht nur in den unterschiedlichsten Rechtsnormen, sondern auch in der Wahrnehmung der Bevölkerung eine hohe Bedeutung zu. Im Vertrauen auf die Verschwiegenheit des Arztes sind der Patient oder Angehörige eines bewusstlosen Notfallpatienten mitunter bereit, z.B. auch intime Sachverhalte zu offenbaren, die für die ärztliche Behandlung und erfolgreiche Therapie relevant sein können (Braun 2010). Trotz dieses hohen Stellenwerts, den die ärztliche Schweige-

pflicht genießt, bilden gerichtliche Auseinandersetzungen über Fehler beim Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht mit nachteiligen Folgen für den Arzt aber die Ausnahme (Braun 2010; Ulsenheimer 2015, Beispiele s.u.).

Dennoch belegt die forensische und juristische Erfahrung einen Informationsbedarf über die ärztliche Schweigepflicht von Seiten der Ärzte und Patienten (s.a. Weber et al. 2014; Ulsenheimer 2015). Die Fragestellungen sind für die unterschiedlichen Fachdisziplinen teilweise deckungsgleich, können sich aber aufgrund fachspezifischer Besonderheiten unterscheiden. Aufgrund der gesundheitlichen Konstellation des Notfallpatienten (z.B. Koma) spielen Aspekte einer mutmaßlichen Einwilligung zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht eine wichtigere Rolle als bei einem niedergelassenen Allgemeinmediziner. Bei Notfallpatienten handelt es sich um Verletzte oder Kranke in Lebensgefahr oder mit bevorstehenden schweren gesundheitlichen Schädigungen, die der sofortigen medizinischen Hilfe bedürfen (Lippert 2015; § 1 Abs. 2 S. 2 RDG).

Eine gängige Fehlvorstellung besteht bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber anderen Berufsgeheimnisträgern. Wenn diese nicht in die Patientenbehandlung durch konkludente oder mutmaßliche Einwilligung des Patienten (s. Quaas et al. 2014) eingebunden sind, gilt diesen gegenüber ebenfalls die ärztliche Schweigepflicht (BGHZ 116, 269 [272]; BayObLG, NStZ 1995, 187 [187]; LG Dortmund, NJW-RR 2006, 779f.; Fehn 2014; Raschke 2012), sodass ihnen gegenüber keine Patientengeheimnisse offenbart werden dürfen.

19.2 Rechtliche Grundzüge zur ärztlichen Schweigepflicht

Nachfolgend werden die rechtlichen Grundzüge zur ärztlichen Schweigepflicht kurz erörtert, wobei aufgrund der Komplexität der rechtlichen Materie die Lektüre dieses kurzen Beitrags (ausführlich s. Braun 2010; Chen 2015; Dettmeyer 2006; Fischer 2015; Parzeller et al. 2005; Ulsenheimer 2015) im konkreten Einzelfall eine rechtliche Beratung durch einen Rechtsanwalt oder die zuständige Landesärztekammer nicht ersetzen kann. Die einschlägigen Normen zur ärztlichen Schweigepflicht gelten für die unterschiedlichsten Bereiche der Medizin, also auch für die Notfall- und Intensivmedizin.

19.2.1 Verfassungsrecht

Durch das Grundgesetz, also die deutsche Verfassung, wird u. a. die Würde, die freie Persönlichkeitsentfaltung und das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Menschen geschützt (Art. 1 und 2 GG). Informationen über den Patienten, wie Anamnese, Befunde, Therapie etc. betreffen überwiegend den grundrechtlich geschützten privaten Bereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (BVerfG, MedR 2006, 586 [587]). Das allgemeine Persönlichkeitsrecht schützt die Privat- und Intimsphäre vor unbefugter Weitergabe ärztlicher Befunde über körperliche und seelische Erkrankungen (Starck 2010; Weber et al. 2014).

> *Das Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis wird durch die ärztliche Schweigepflicht als Grundvoraussetzung maßgeblich mitgeprägt.*

Um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt zu ermöglichen und zu gewährleisten, muss und darf der Patient erwarten, dass die ärztliche Bewertung seines Gesundheitszustands grundsätzlich geheim bleibt und vor dem Einblick von Unbefugten bewahrt wird (BVerfG, NJW 1972, 1123ff.; BVerfG, MedR 2006, 586 [587]; BVerfG, MedR 2007, 351ff.: zum Verstoß gegen das Recht auf informationelle Selbstbestimmung durch eine umfassende Schweigepflichtentbindungserklärung in einem Versicherungsvertrag). Bei Notfallpatienten, z.B. nach einem Verkehrsunfall, kann das Interesse der Medien groß sein, mehr über die Schwere der Verletzungen zu erfahren. Im Interesse des Patienten und im Hinblick auf mögliche rechtliche Konsequenzen sollte eine deutliche Zurückhaltung bei der Informationserteilung erfolgen und dies ggf. durch den Pressesprecher der Polizei oder der Staatsanwaltschaft vorgenommen werden.

19.2.2 Strafrecht

§ 203 StGB, die Verletzung von Privatgeheimnissen, dient in erster Linie dem Schutz der Individualsphäre des Patienten und nicht den Interessen der Allgemeinheit. Das unbefugte Offenbaren eines fremden Geheimnisses, das der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, ist mit Strafe bedroht (BGH NJW 1991, 2955 [2956]; Kargl 2013). Als echtes Sonderdelikt richtet sich § 203 StGB an die in der Norm angeführten Personenkreise, wie z.B. Ärzte, Zahnärzte (BGH NJW 1991, 2955 [2956]), Tierärzte (LG Dortmund, NJW-RR 2006, 779f.), Apotheker (OLG Düsseldorf, Urt. v. 17.8.2007, Az. I-16 U 209/05), Angehörige eines anderen Heilberufs mit staatlich geregelter Ausbildung (z.B. Masseure und medizinische Bademeister, Physiotherapeuten [MPhG]), Berufspsychologen (Sonnenmoser 2009) etc. Die Pflicht zur Wahrung von Privatgeheimnissen gilt gemäß § 203 Abs. 3 S. 2 StGB auch für die Gehilfen des Arztes (Arzthelferin, Sekretärin) und die zur Vorbereitung auf den Beruf tätigen Personen (PJ-Studenten) (Braun 2010; Langkeit 1994 zu weiteren Personengruppen; Raschke 2012) oder Notfallsanitäter, Rettungsassistenten bzw. -sanitäter (Lippert 2015).

Bei fremden Geheimnissen handelt es sich um Tatsachen (keine Werturteile oder Unwahrheiten), die aus dem persönlichen Lebensbereich des Geheimnisträgers stammen oder Betriebs – bzw. Geschäftsgeheimnisse sind. Geheim sind diese Tatsachen über den Patienten, wenn sie nur einem eingeschränkten Personenkreis bekannt sind und an der Geheimhaltung schutzwürdige Interessen des Patienten bestehen (Bender 2002; Braun 2010; Langkeit 1994; Parzeller et al. 2005; Ulsenheimer 2015).

> Der Begriff des Geheimnisses im Arzt-Patienten-Verhältnis ist weit gefasst und bezieht sich auf die geheimen Tatsachen, die dem Arzt im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit anvertraut oder sonst bekannt geworden sind (Braun 2010: zum berufsspezifischen Konnex).

Es entsteht in zeitlicher Hinsicht mit der Anbahnung des Arzt-Patienten-Verhältnisses (BGH, MedR 2000, 426 [427]) und reicht bis über den Tod des Patienten hinaus (vgl. § 203 Abs. 4 StGB; postmortale ärztliche Schweigepflicht; Rechtsprechung des OLG München zur postmortalen Schweigepflicht in zivilrechtlichen Verfahren zur Klärung möglicher Behandlungsfehler beim Verstorbenen und der mutmaßlichen Einwilligung in die Offenlegung: OLG München, MedR 2009, 49ff.; MDR 2011, 1496ff.; Fellner 2011; Hess 2006; Roebel et al. 2009; Spickhoff 2005).

Die Geheimhaltungspflicht bezieht sich auf viele Bereiche und umfasst nicht nur direkt patientenbezogene Daten (s. Tab. 24), sondern erstreckt sich auch auf behandlungsbezogene Unterlagen (s. Tab. 25).

Tab. 24 Beispiele geheimhaltungspflichtiger Tatsachen (nach Parzeller et al. 2005)

Anbahnung des Behandlungsverhältnisses
Identität des Patienten (BGH, MedR 2000, 426 [427]; OLG Karlsruhe, MedR 2007, 253f.)
Tatsache der Behandlung (BGH, MedR 2000, 426 [427])
Ergebnisse der Anamnese
Diagnose (auch wenn man sie als Werturteil und nicht als Tatsache wertet, resultiert sie im Ergebnis aus geheimhaltungsbedürftigen Erkenntnissen)
Therapiemaßnahmen
Prognose
Anamnestische Zusatzinformationen, wie schriftliche Mitteilungen des Patienten, persönliche und familiäre nicht krankheitsbezogene Angaben (z.B. Informationen über nichteheliche Kinder), berufliche, finanzielle sowie wirtschaftliche Verhältnisse
Drittgeheimnisse (Apoplex des Großvaters als Information der Familienanamnese etc.) (vgl. Bender 2002; Kargl 2013)

Tab. 25 Beispiele geheimhaltungspflichtiger Unterlagen (nach Hausner et al. 2008; Parzeller et al. 2005)

Patientenakte
Untersuchungsbefunde
Untersuchungsfotos (vgl. OLG Köln, Beschl. v. 7.11.2005 Az. 7 U 101/05; siehe auch Lippert 2014)
Röntgenbilder
EKG-Streifen
Laborbefundzettel

Vorsätzliche, nicht aber fahrlässige Verstöße gegen § 203 StGB durch unbefugtes Offenbaren des Geheimnisses in Form der Bekanntgabe an andere Personen, die nicht zum „befugten Kreis der zum Wissen Berufenen" (BGH, NJW 1995, 2915 [2916]) gehören, können mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe geahndet werden. Wenn der Täter gegen Entgelt handelt (z.B. Verkauf von Patientengeheimnissen an eine Illustrierte), kann dies eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe nach sich ziehen. Eine Ahndung nach § 203 StGB ist nur möglich, wenn gemäß § 205 StGB von Seiten des Patienten oder nach seinem Tod von Seiten der Angehörigen ggf. der Erben ein Strafantrag gestellt worden ist (absolutes Antragsdelikt). Bei einem Irrtum zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht aufgrund einer mutmaßlichen Einwilligung (die aber nicht vorliegt) gerechtfertigt zu sein, liegt ein Erlaubnistatbestandsirrtum und entsprechend § 16 Abs. 1 S. 1 StGB kein Vorsatz vor (BGH NJW 2000, 885 [886f.] zur Abgrenzung Verbotsirrtum zum Erlaubnistatbestandsirrtum; Raschke 2012). In strafprozessualer Hinsicht kann sich der Arzt in einem Ver-

fahren gegen den Patienten gemäß § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO auf seine ärztliche Schweigepflicht berufen, wenn er von dieser nicht entbunden wurde (BGH, MedR 2000, 426f.; OLG Karlsruhe, MedR 2007, 253f.; zur Benennung des Arztes als Zeugen OLG Frankfurt, NStZ-RR 2005, 237f.; Bender 2002; Weddehage 2007, Ulsenheimer 2015; zur Problematik von Berufshelfern des Notarztes, nämlich von Rettungsdienstmitarbeitern, und dem Zeugnisverweigerungsrecht siehe Schlund und Lochmann 2014).

19.2.3 Zivilrecht

Ein Vertrag zwischen Arzt und Patient kann als Behandlungsvertrag gemäß § 630a ff. BGB zustande kommen (ausführlich siehe: Parzeller u. Zedler 2013a; Parzeller u. Zedler 2013b; Parzeller u. Zedler 2014; Spickhoff 2013, bzw. zum Notfallpatient als Vertragspartner: Lippert 2015,). Aufgrund der Notfallsituation ist der bewusstlose Patient nicht einwilligungsfähig und die behandelnden Ärzte handeln mit einer Geschäftsführung ohne Auftrag gemäß § 677ff. BGB.

In den §§ 630a ff. BGB ist die ärztliche Schweigepflicht nicht ausdrücklich geregelt. Zu den Nebenpflichten des Behandlungsvertrages zählt aber die Geheimhaltung der Patientengeheimnisse (Lippert 2015; Parzeller et al. 2005; Raschke 2012). Verstöße durch einen unbefugten Bruch der ärztlichen Schweigepflicht können vertragliche oder deliktische Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche wegen der Pflichtverletzung auslösen (siehe §§ 280, 249, 253, 823 BGB i.V.m. § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB).

Zivilrechtliche Urteile zu Verstößen bei der ärztlichen Schweigepflicht

Klageabweisung

- **AG Köln**, MedR 1995, 503ff. Mitteilung einer psychischen Erkrankung an den Arbeitgeber aus Gründen der Gefahrabwehr
- **OLG Brandenburg**, OLGR Brandenburg 2000, 380ff. Mitteilung zum psychischen Zustand im Rahmen eines Kurantrags an den zuständigen Polizeiarzt des Arbeitgebers
- **KG Berlin**, MedR 2013, 787ff.: Klageabweisung wegen befugter Unterrichtung des Jugendamtes und der Ermittlungsbehörden beim Verdacht der Kindesmisshandlung

Klagestattgabe

- **LG München**, RdLH 1993, Nr. 2, 48: 1000 DM Schmerzensgeld
- **OLG München**, MedR 2010, 645ff.: 15000 Euro Schmerzensgeld wegen Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an Angehörige
- **LG München**, FamRZ 2009, 1629f.: Schmerzensgeld von 20.000 Euro nach falscher Diagnose einer Kindesmisshandlung

Im Zivilverfahren kann sich der Arzt gemäß § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO (Zivilprozessordnung) auf seine ärztliche Schweigepflicht berufen. Wenn er von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden wurde, kann er das Zeugnis nicht verweigern (§ 385 Abs. 2 ZPO). Die Entbindung von der Schweigepflicht kann nach dem Tod des Patienten, z.B. zur Aufklärung von Behandlungsfehlervorwürfen auf den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen gestützt werden (vgl. z.B. OLG München, MDR 2011, 1496ff.).

19.2.4 Berufs- und Standesrecht

§ 9 MBO, der inhaltlich weitgehend identisch von den Landesärztekammern übernommen wurde, regelt die ärztliche Schweigepflicht auf standesrechtlicher Ebene (vgl. Lippert 2010; Lewinski 2004: mit Zusammenhängen zum BDSG). Umfang und zeitliche Reichweite der ärztlichen Schweigepflicht sind in Abs. 1 kodifiziert. Abs. 2 führt die Befugnis zur Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes sowie gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten an. In Abs. 3 ist festgelegt, dass Mitarbeiter über die Verschwiegenheit zu belehren sind und dass diese Belehrung schriftlich festzuhalten ist. Nach Abs. 4 sind gleichzeitig oder nacheinander behandelnde Ärzte untereinander von der Schweigepflicht entbunden, wenn der Patient damit einverstanden ist oder sein Einverständnis angenommen werden kann (teilweise umstritten, siehe auch Fehn 2014). Verstöße gegen § 9 MBO in der Form der jeweiligen Landessatzung können als berufsunwürdige Handlung von einem Berufsgericht z.B. mit einer Verwarnung, einem Verweis oder einer Geldbuße geahndet werden (Lippert 2010; Parzeller et al. 2005 m. w. N.).

19.2.5 Offenbarungsrechte und -pflichten

Die ärztliche Schweigepflicht besteht nicht grenzenlos, sondern aus der Sphäre des Patienten, Dritter oder aufgrund gesetzlicher Vorgaben können sich Offenbarungsrechte bzw. Offenbarungspflichten für den Arzt ergeben (umfangreiche Darstellung bei Parzeller et al. 2005 m. w. N.; Ulsenheimer 2015; Fischer 2015).

Beispiele für Offenbarungsrechte auf der Intensivstation

Im Regelfall kann der Patient den Arzt von dessen Schweigepflicht entbinden, indem er ihm gegenüber erklärt, dass er mit der Unterrichtung eines Dritten z.B. über seine HIV-Infektion einverstanden ist (s. aber OLG Frankfurt, MedR 2000, 196f.).

> *Ein Einverständnis oder eine Einwilligung des Patienten zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht lässt sich beim bewusstlosen Patienten bei einem Notfall nicht einholen. Um auch bei diesen Fallkonstellationen zufriedenstellende Ergebnisse im Interesse des Patienten, Arztes und etwaiger Angehöriger erreichen zu können, kann auf das eigenständige Rechtsinstitut (hM: Paeffgen 2013; Raschke 2012) der mutmaßlichen Einwilligung zurückgegriffen werden.*

Aufgrund der besonderen Bedeutung für die Notfallmedizin wird dieser Rechtfertigungsgrund ausführlicher erörtert.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung stellt die mutmaßliche Einwilligung einen gewohnheitsrechtlich anerkannten Rechtfertigungsgrund dar (BGH NJW 2000, 885 [886]: zur fehlenden mutmaßlichen Einwilligung zur Sterilisation bei Operationserweiterung nach Kaiserschnitt; u.a. Übersicht zur aktuellen Literatur vgl. Fischer 2015), da sie gesetzlich nicht geregelt ist (vgl. Erwähnung in § 228 StGB zur Sittenwidrigkeit der Tat trotz Einwilligung). Eine mutmaßliche Einwilligung kann gegeben sein, wenn der Patient als Geheimnisträger ohne Zweifel und erkennbar kein Inter-

esse an der Geheimniswahrung hat oder seine rechtzeitige Befragung nicht möglich ist (BGH NJW 1991, 2955 [2956]). Deshalb ist zu beachten, dass die mutmaßliche Einwilligung gegenüber der ausdrücklichen Einwilligung subsidiär ist (siehe auch Ulsenheimer 2015). Sie kommt nicht mehr zum Tragen, wenn der bewusstlose Patient aus dem Koma erwacht ist und im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte selbst befragt werden kann. Ebenfalls kann sich der Arzt nicht auf eine mutmaßliche Einwilligung berufen, wenn ihm ein entgegenstehender Wille des bewusstlosen Patienten bekannt ist bzw. dieser für ihn erkennbar ist. Ein entgegenstehender Wille des Patienten ist jedoch unbeachtlich, wenn die Offenbarung der Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht dient, wie z.B. eine namentliche Meldepflicht einer im Infektionsschutzgesetz aufgeführten Erkrankung gegenüber dem im Gesetz genannten Personenkreis. Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind die persönlichen Umstände des Patienten heranzuziehen, mithin seine Interessen, Wertvorstellungen, Wünsche etc. (BGH NJW 2000, 885 [886]). Diese dürften aber gerade bei einer Unfallsituation dem Notarzt bei einem Notfallpatienten, den er nicht kennt, nicht bekannt sein.

Durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist auch dessen unvernünftige Entscheidung gedeckt, sodass eine mutmaßliche Einwilligung nicht zum Tragen kommt, wenn sie sich gegen den erklärten oder erkennbaren und ggf. unvernünftigen Willen des Patienten richtet (Paeffgen 2013; vgl. aber auch Fallkonstellationen bei BVerfG, NJW 2002, 206ff.; OLG Hamm, FGPrax 2004, 231ff. jeweils zur Frage der Bluttransfusion bei komatöser Zeugin Jehovas).

Objektive Kriterien der Vernunft, des normal Üblichen oder der Maßstab eines verständigen Patienten können aber, wenn kein (gegenteiliger) Wille des Patienten bekannt ist, zur Ermittlung des hypothetischen Patientenwillens herangezogen werden (BGH NJW 2000, 885 [886]). Ein Kriterium für einen mutmaßlichen Willen zur Unterrichtung der Angehörigen kann deren Anwesenheit bei Gesprächen mit den Ärzten vor der Operation sein (Braun 2010). Wenn die Prüfung des mutmaßlichen Willens des Notfallpatienten ergibt, dass seine Angehörigen über die Erkrankung und deren Umfang zu unterrichten sind, hat dies in gebotenem Umfang zu erfolgen. Die Entscheidung über die Voraussetzungen der mutmaßlichen Einwilligung obliegt dem Arzt (OLG München, MedR 2009, 49 [50]). Inwieweit die mutmaßliche Einwilligung auch die Informationsweitergabe an Dritte wie das Betreuungsgericht, Ermittlungsbehörden, Freunde, den Arbeitgeber, Versicherungen etc. umfasst, bedarf einer genauen Prüfung des konkreten Einzelfalls (ausführlich siehe Raschke 2012).

Allerdings ist zu beachten, dass ggf. die Einwilligung durch einen Bevollmächtigten oder Betreuer einzuholen ist. Wenn nach Operationen schwere Komplikationen in Form eines Komas beim Patienten auftreten, ist von ärztlicher Seite zu klären, wer die notwendigen Entscheidungen für den Patienten trifft (vgl. Dodegge 2008; Seichter 2003; Stolz 1998).

Bereits vor einem Eingriff sollte vom Patienten erfragt werden, ob dieser einem nahen Angehörigen Vorsorgevollmacht erteilt hat und diese Information sollte mit den Kontaktdaten des Angehörigen im Krankenblatt vermerkt werden.

Wenn beim Patienten ein Zustand eintritt, bei dem er nicht mehr in der Lage ist, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, kann der Bevollmächtigte entsprechend dem Umfang der Vollmacht in ärztliche Maßnahmen, wie Operationen oder den Bruch der ärztlichen Schweigepflicht, einwilligen. Sollte eine Vorsorgevollmacht nicht vorliegen bzw. unklar sein, ob diese erteilt wurde, dürfte es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen, dass nahe Angehörige unterrichtet und befragt werden, bevor ggf. über das Vormundschaftsgericht für den Patienten ein Betreuer gemäß §§ 1896ff. BGB, §§ 65ff. FGG, ab 1.9.2009 §§ 271ff. FamFG zu bestellen ist (vgl. Fallkonstellationen zur Betreuerbestellung bei BVerfG, NJW 2002, 206ff.; OLG Hamm, FGPrax 2004, 231ff.; insbesondere zum Verfahren Dodegge 2008). Für den Fall der Betreuerbestellung hat dieser dann die Angelegenheiten des Patienten zu besorgen.

Auf der Intensivstation kann auch die stillschweigende oder konkludente Einwilligung im Rahmen der Sozialadäquanz eine Rolle spielen (Langkeit 1994: auch zu Fragen der Behandlung im Mehrbettzimmer). Als sozialadäquat kann gewertet werden, wenn der weiterbehandelnde bzw. nachbehandelnde Arzt oder der Konsiliarius über den Patienten und seine Befunde unterrichtet wird (vgl. § 9 Abs. 4 MBO; OLG München, NJW 1993, 797 [798]). Bei Zweifeln sollte aber die Einwilligung des Bevollmächtigen oder Betreuers herbeigeführt werden, wenn die Zustimmung des Patienten aufgrund der Umstände nicht sowieso anzunehmen ist.

Offenbarungsrechte können sich aus dem rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB ergeben.

> *Der Arzt ist zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht berechtigt, wenn bei einer gegenwärtigen nicht anders abwendbaren Gefahr für ein geschütztes Rechtsgut der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht nach einer Interessensabwägung (betroffene Rechtsgüter, Grad der drohenden Gefahr etc.) ein angemessenes Mittel der Gefahrabwendung darstellt.*

So kann der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht bei Kindesmisshandlungen (Matschke et al. 2009), bei sexuellem Kindesmissbrauch oder bei Gefahrenlagen durch Infizierung mit ansteckenden Krankheiten ein angemessenes Mittel zur Gefahrabwendung von Leib und Leben eines Dritten darstellen (ausführlich Bender 2002; Braun 2010; Fischer 2015; Parzeller u. Bratzke 2000; Parzeller et al. 2005; Parzeller u. Zedler 2008; Raschke 2012 mit Fallbeispiel eines Patienten mit Frontalhirnsyndrom und sexueller Enthemmung auf der Intensivstation; Ulsenheimer 2015; OLG Frankfurt, MedR 2000, 196ff. geht sogar von einer Verpflichtung zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht bei HIV-Infektion aus). Bei dem Verdacht auf Kindesmisshandlung ist inzwischen zudem § 4 KKG zu beachten, der dem Arzt in einer Stufenabfolge die Information und Einschaltung des Jugendamtes ermöglicht (Keding et al. 2014; Mörsberger 2012; Wüstenberg 2012).

Beispiele für Offenbarungspflichten auf der Intensivstation

Aus zahlreichen Spezialgesetzen ergeben sich gesetzliche Melde- und Offenbarungspflichten (ausführlich Braun 2010; Dettmeyer 2006; Parzeller et al. 2005; Fischer 2015). Beispielhaft lassen sich die Anzeigepflicht wegen bevorstehender schwerer Straftat

gemäß § 138f. StGB (z.B. geplanter Mord), Offenbarungspflichten aus den Sozialgesetzbüchern gegenüber Krankenkassen gemäß § 294a SGB V (Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden) oder Mitteilungspflichten über die Geburt eines Kindes nach dem Personenstandsgesetz anführen. Ebenfalls wird vertreten, dass sich Offenbarungspflichten auch aus Rechtsverordnungen ergeben können (VG Frankfurt/Main, Urt. v. 13.2.2008, Az.: 4 E 189/07 zur Vorlagepflicht von Röntgentagebüchern und RöV).

Auf der Intensivstation können sich Meldepflichten aus dem Infektionsschutzgesetz ergeben, wenn bei der Behandlung des Patienten eine der im Gesetz aufgeführten Infektionskrankheiten diagnostiziert wird (vgl. Deutsch 2001). Je nach Infektion und Erkrankung ergeben sich Unterschiede über Form und Umfang der Meldung:

- Namentliche oder nicht namentliche Meldung,
- Meldung bereits des Verdachts, der Erkrankung oder des Todes (vgl. §§ 6ff. IfSG).

Nach dem Hirntod eines intensivpflichtigen Organ- oder Gewebespenders stellt § 7 TPG eine legitime Offenbarungspflicht für den Notfall- oder Intensivmediziner dar, damit medizinische und rechtliche Voraussetzungen vor einer Explantation abgeklärt werden können (Parzeller 2009). Auskunftspflichten können sich für den vorbehandelnden Arzt der Intensivstation oder dem Notarzt beim Tod des Patienten gegenüber dem leichenschauenden Arzt ergeben (siehe Friedhofs- und Bestattungsgesetze der Länder).

Der umstrittene Fall: Eileiterschwangerschaft bei einer 21 Jahre alten Patientin (BGH NJW 1983, 350ff.)

Eine Patientin (21 Jahre) war ca. in der 8 Woche mit einem nichtehelichen Kind schwanger. Bei einem Beratungsgespräch zum Schwangerschaftsabbruch stellte der Gynäkologe den Verdacht einer Eileiterschwangerschaft fest. Er erläuterte der Patientin die drohende Lebensgefahr und die Erforderlichkeit eines operativen Eingriffs in einem Krankenhaus. Auf ausdrücklichen Wunsch der volljährigen Patientin informierte er nicht die Mutter der Patientin, die vor der Praxis gewartet hatte. Entgegen ärztlichen Rat suchte die Patientin keine Klinik auf und verstarb am nächsten Tag an den Folgen einer Eileiterruptur.

Die Verurteilung des Gynäkologen wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) hielt der Revision vor dem BGH stand. Nach Auffassung des BGH hätte der Gynäkologe trotz ärztlicher Schweigepflicht die nächsten Angehörigen und den Hausarzt informieren müssen, damit diese auf die volljährige schwangere Patientin einwirken, um somit die Gefahr durch die Eileiterschwangerschaft wirksam bekämpfen zu können.

Zu Recht wird diese Entscheidung in der Literatur kritisiert, da weder das Selbstbestimmungsrecht der Patientin noch ein vorsatzausschließender Irrtum des Gynäkologen nach § 16 Abs. 1 S. 1 StGB hinreichend berücksichtigt wurden (Ulsenheimer 2015 m.w.N.).

19.3 Fazit

Obwohl die ärztliche Schweigepflicht in zahlreichen Normen kodifiziert ist, spielen rechtliche Auseinandersetzungen über ärztliches Fehlverhalten im Umgang mit ihr eine untergeordnete Rolle. Einschlägige Verurteilungen mit straf- und standesrecht-

lichen Sanktionen für den Arzt oder zivilrechtliche Klagen sind daher selten. Den genannten Rechtsnormen kommt vor allem eine große Warn- und Appellfunktion zu. Der spezifischen Situation der Notfallsituation ist von Seiten des Arztes auch bei der Schweigepflicht Rechnung zu tragen, da ein komatöser Patient nicht selbst befragt werden kann.

> *Grundsätzlich ist zunächst vom Vorrang der ärztlichen Schweigepflicht zum Schutz der Persönlichkeitsrechte des Patienten auszugehen, wobei aufgrund der Umstände des konkreten Einzelfalls etwaige (gesetzliche) Offenbarungsrechte und -pflichten zum Wohle des Patienten, seiner Angehörigen, von Dritten oder der Gesellschaft zu beachten sind (Lippert 2003).*

Abkürzungsverzeichnis

ArztR	Arztrecht
Az.	Aktenzeichen
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (galt bis 31.08.2009)
FPR	Familie Partnerschaft Recht
GesR	GesundheitsRecht
GG	Grundgesetz
hM	herrschende Meinung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
i.V.m.	in Verbindung mit
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
LG	Landgericht
MDR	Monatsschrift für Deutsches Recht
MedR	Medizinrecht
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
MBO	Musterberufsordnung
OLG	Oberlandesgericht
RöV	Röntgenverordnung
StGB	Strafgesetzbuch
TPG	Transplantationsgesetz
Urt.	Urteil
VerR	Versicherungsrecht
VG	Verwaltungsgericht

Literatur

Bei dem Beitrag handelt es sich um den im Hinblick auf Notfallmedizin modifizierten und aktualisierten Beitrag von Parzeller M (2012) Schweigepflicht als Teil des Persönlichkeitsschutzes in der Intensivmedizin. In: Salomon F (Hrsg.) Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. 2. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 211–221.

Andreas M (2000) Ärztliche Schweigepflicht im Zeitalter der EDV. ArztR: 296–304

Bender D (2002) Grenzen der Schweigepflicht des Arztes bei Kenntnis von Misshandlungen oder entwürdigenden Behandlungen durch Eltern. MedR 21: 626–630

Berwanger J (2015) Patientendatenschutz am Krankenhausbett. GesR 71–77

Braun A (2010) Schweigepflicht in Arztpraxis und Krankenhaus. In: Roxin C, Schroth U (Hrsg.) Handbuch des Medizinstrafrechts. 4. Aufl. Boorberg, Stuttgart, S. 222–252

Braunschweig R, Geis I, Tolksdorf D, Hansen I (2004) DACS1 – Data Archiving and Communication Services – Zentrale digitale Archivierung von Krankenhausdaten – ein ASP-Konzept. MedR 22: 353–359

Chen C-J (2015) Ärztliche Schweigepflicht im Kontext der modernen Medizin. Verlag Dr. Kovač, Hamburg

Dettmeyer R (2006) Medizin & Recht – Rechtliche Sicherheit für den Arzt. 2. Aufl. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 73–86

Deutsch E (2001) Schweigepflicht und Infektiosität. VersR 1471–1475

Dodegge G (2008) Der Schutz des freien Willens durch die Rechtsinstitute Betreuung, Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung. FRP 591–595

Fehn K (2014) Strafbarkeitsrisiken für Notärzte und Aufgabenträger in einem Telenotarzt-System. MedR 32: 543–552

Fellner C (2011) Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht nach dem Tod des Patienten. MDR 1452–1453

Fischer T (2015) Strafgesetzbuch und Nebengesetze. 62. Aufl., C. H. Beck, München. Vor § 32 Rn. 4, § 203 Rn. 1ff.

Hausner H, Hajak G, Spießl H (2008) Krankenunterlagen – Wer darf Einsicht nehmen? Dt Ärztebl 105: A-27–A-29

Hess M (2006) Das Einsichtsrecht der Erben und Angehörigen in Krankenunterlagen des Erblassers. ZEV 479–484

Kargl W (2013) Verletzung von Privatgeheimnissen. In: Kindhäuser U, Neumann U, Paeffgen H-U (Hrsg.) Strafgesetzbuch Band 2, Nomos Verlag, Baden-Baden. 4. Aufl., § 203 S. 1428–1487

Keding V, Lindenberger L, Dinkel M, Maier K, Parzeller M (2014). Schweigen ist Silber, Handeln ist Gold, Medizin & Recht (1): Ärztliche Schweigepflicht und Kinderschutz, Via Medici, 19: 26–28

Langkeit J (1994) Umfang und Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 I Nr. 1 StGB. NStZ 6–9

Lewinski von K (2004) Schweigepflicht von Arzt und Apotheker. Datenschutzrecht und aufsichtsrechtliche Kontrolle. MedR 23: 95–104

Lippert H-D (2003) Recht und Ethik in der Medizin. In: Madea B, Brinkmann B (Hrsg.) Handbuch gerichtliche Medizin. Band 2., Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 1319–1455

Lippert H-D (2010) § 9 Schweigepflicht. In: Ratzel R, Lippert H-D (Hrsg.) Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO). Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 5. Aufl., S. 126–155

Lippert H-D (2014) Der Arzt und das Patientenfoto als Rechtsproblem. GesR 395–400

Lippert H-D (2015) Die Behandlung des Patienten als Notfall in der präklinischen Notfallmedizin. GesR 268–276

Markel H (2004) „I Swear by Apollo" – On Taking the Hippocratic Oath. New Engl. J. Med. 350: 2026–2029

Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajanowski T, Glatzel M (2009) Das Schütteltrauma-Syndrom: Eine häufige Form des nicht akzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindesalter. Dtsch Arztebl Int 106: 211–217

Mörsberger T (2012) Zur Bedeutung des Bundeskinderschutzgesetzes für die Kinder- und Jugendhilfe. FPR 431–433

Paeffgen H-U (2013) Mutmaßliche Einwilligung. In: Kindhäuser U, Neumann U, Paeffgen H-U (Hrsg.) Strafgesetzbuch, Band 1, Nomos Verlag, Baden-Baden, 4. Aufl., vor §§ 32ff. Rn. 157–168

Parzeller M, Zedler B (2013a) Das Patientenrechtegesetz (PatRG) – Teil 1: Gesetzgebungsverfahren, Behandlungsvertrag, Vertragspartner und deren Mitwirkungs- und Informationspflichten. Arch Kriminol 232: 73–90

Parzeller M, Zedler B (2013b) Das Patientenrechtegesetz (PatRG) – Teil 2: Einwilligung, Aufklärungspflichten, Dokumentation der Behandlung, Einsichtnahme in die Patientenakte. Arch Kriminol 232: 145–160

Parzeller M, Zedler B (2014) Das Patientenrechtegesetz (PatRG) – Teil 3: Beweislast in Haftungsfrage und kritisches Fazit. Arch Kriminol 233: 1–19

Parzeller M (2009) Entnahme von Organen und Geweben bei toten Spendern. In: Pühler W, Middel C-D, Hübner M (Hrsg.) Praxisleitfaden Gewebegesetz. S. 73–87

Parzeller M, Bratzke H (2000) Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. Dtsch Ärztebl 97: A2364–A2370

Parzeller M, Wenk M, Rothschild M (2005) Die ärztliche Schweigepflicht. Dtsch Ärztebl 102: A289-A297

Parzeller M, Zedler B (2008) Zur zunehmenden Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht am Beispiel der Rechtsprechung des OLG Frankfurt am Main. Rechtsmedizin 18: 336

Quaas M, Zuck R, Clemens T (2014) Medizinrecht – Öffentliches Medizinrecht – Pflegeversicherungsrecht –Arzthaftpflichtrecht – Arztstrafrecht. 3. Aufl., C.H. Beck Verlag, München. § 13 Grundzüge des ärztlichen Berufrechts. Rn. 61–66

Raschke A (2012) Der intensivpflichtige Patient und die ärztliche Schweigepflicht. Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, Band 36, Halle-Wittenberg

Roebel A, Wenk M, Parzeller M (2009) Postmortale ärztliche Schweigepflicht. Rechtsmedizin 19: 37–52

Schlund G (2010) Entwicklung und allgemeine Grundsätze der ärztlichen Schweigepflicht. In: Laufs A, Kern B-R (Hrsg.) Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. C.H. Beck Verlag München. § 65ff. Rn. 1ff.

Schlund M, Lochmann M (2014) Zeugnisverweigerungsrecht für Rettungsdienst. NJW-Spezial 248.

Schütze B, Schrenk N, Koeppe D, Kassner A (2015) Outsourcing und Fernwartung: Datenschutzrechtliche Anforderungen, Dt. Ärztebl. 112: A718–720

Seichter J (2010) Einführung in das Betreuungsrecht. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 4. Aufl.

Sonnenmoser M (2009) Ethik in der Psychotherapie. Schweigepflicht – Unterschiedliche Auslegungen. Dtsch Ärztebl PP: 67–68

Spickhoff A (2013) Patientenrechte und Patientenpflichten – Die medizinische Behandlung als kodifizierter Vertragstypus, VersR 2013 267–282

Spickhoff A (2005) Postmortaler Persönlichkeitsschutz und ärztliche Schweigepflicht. NJW 1982–1984

Starck C (2010) Artikel 2 GG. In: von Mangoldt H, Klein F, Starck C (Begr. und Hrsg.) Kommentar zum Grundgesetz, Band 1. 6. Aufl. Verlag Franz Vahlen, München, S. 213–214

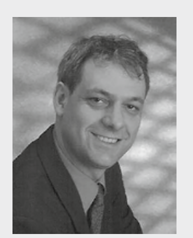
Stolz K (1998) Betreuung ist gut, Vorsorge ist besser (?) BWNotZ 75–79

Ulsenheimer K (2015) Arztstrafrecht in der Praxis, 5. Aufl. C. F. Müller, Heidelberg, Rn. 858–910

Weddehage I (2007) Ärztliche Schweigepflicht bei Verdacht auf Straftaten. Das Krankenhaus 231–234

Wellbrock R (2007) Das Datenschutzkonzept des deutschen Hämophilieregisters. MedR 25: 98–101

Wüstenberg D (2012) Der neue Rechtfertigungsgrund § 4 KKG zur Verhinderung von Kindesmisshandlung. StraFo 348–354



Assessor Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Markus Parzeller

Studium der Humanmedizin (1984–1991, Würzburg und Marburg); Studium der Rechtswissenschaften (1994–2000, Mannheim und Frankfurt/Main); Arzt im Praktikum (1991–1992), Nierentransplantationsambulanz, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main und Kardiologie, Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim); Promotion 1992; Projektmanager (1993–1996, Internationale Medizin und Marketing sowie Klinische Forschung und Entwicklung, Knoll AG, BASF PHARMA, Ludwigshafen); Rechtsreferendariat (2000–2002); Rechtsanwaltstätigkeit (2002–2009); wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rechtsmedizin, Frankfurt/Main (seit 2002); Leiter der Abteilung Medizinrecht am Institut für Rechtsmedizin (2004–2013); Habilitation (2008).

20 Datenschutz als Persönlichkeitsschutz in der Notfallmedizin

Matthias Jaster

Das grundgesetzlich geschützte informationelle Selbstbestimmungsrecht ist ein persönliches Gut sehr hohen Ranges. Die effektive Gewährleistung des Datenschutzes stellt dabei eine grundlegende Verpflichtung und in einer zunehmend digitalisierten Gesellschaft auch tägliche Herausforderung für jede Daten verarbeitende Stelle dar. Auch und gerade die an der Notfallmedizin Beteiligten müssen daher ein gesteigertes Interesse daran haben, die personenbezogenen Daten der Patienten zu schützen und nur dann zu verarbeiten, wenn datenschutzrechtliche Anforderungen berücksichtigt sind. Jeder Fehler kann nicht nur zu aufsichtsbehördlichen Maßnahmen bis hin zu Bußgeldern, sondern auch zu strafrechtlichen Sanktionen gemäß § 203 StGB führen.

20.1 Allgemeines

In der Notfallmedizin geht es wie in kaum einem anderen medizinischen Bereich oft darum, innerhalb möglichst kurzer Zeit Maßnahmen zu ergreifen. Jede noch so kleine zeitliche Verzögerung kann schwere gesundheitliche Schäden hervorrufen oder gar zu einer ernsten Lebensbedrohung für den betroffenen Patienten werden. Die Beschreibung zum Begriff der Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer verdeutlicht diese lebenswichtige und lebensrettende Funktion:

> *„Die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin umfasst die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen sowie die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen.“*

Dabei macht Notfallmedizin nicht an den Grenzen einer einzelnen Abteilung Halt. Sie erfordert zum einen die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche zur bestmöglichen Behandlung des Patienten; über diesen innerklinischen Teil hinaus stellt auch der präklinische Rettungsdienst einen wesentlichen Teil der Rettungskette dar.

Der Datenschutz steht oft in dem Ruf, Prozesse kompliziert zu machen; steht da der Datenschutz in einem derart zeitkritischen wie auch lebenswichtigen Arbeitsumfeld nicht eigentlichen den Zielen der Notfallmedizin im Wege? Nein: Der Datenschutz verhindert keine erforderlichen Informationsflüsse. Vielmehr geht es um den Schutz der Persönlichkeit und damit eines Grundrechtes: das **Recht auf informationelle Selbstbestimmung**. Dabei sind die im medizinischen Bereich anfallenden Gesundheitsdaten als besonders schützenswerte Informationen zu qualifizieren. Hier muss darauf geachtet werden, dass die Daten des Patienten nur im Einklang mit datenschutzrechtlichen Anforderungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Gerade im medizinischen Leistungsbereich tritt hierneben die berufsrechtliche Verschwiegenheitspflicht, deren Verletzung in § 203 StGB unter Strafe gestellt ist.

Was aber genau beinhaltet das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und wie sieht das Nebeneinander von Datenschutz und berufsrechtlicher Verschwiegenheitspflicht aus? Erst mit diesen Kenntnissen ist es möglich, einzelne konkrete Aspekte der gesamten Rettungskette zu betrachten.

20.2 Datenschutzrechtliche Grundlagen

Mit seinem wegweisenden Urteil vom 15.12.1983 – dem Volkszählungsurteil – hat das Bundesverfassungsgericht den Grundstein für den grundgesetzlichen Schutz personenbezogener Daten gelegt. Es entschied im 1. Leitsatz:

> *„Unter den Bedingungen der modernen Datenverarbeitung wird der Schutz des Einzelnen gegen unbegrenzte Erhebung, Speicherung, Verwendung und Weitergabe seiner persönlichen Daten von dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG umfaßt. Das Grundrecht gewährleistet insoweit die Befugnis des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen."*
>
> *Bundesverfassungsgericht (Urteil vom 15.12.1983, BVerfGE 65, 1 – Volkszählung)*

Mit dieser grundlegenden Entscheidung stehen zwei wesentliche Elemente des Datenschutzes fest: Selbstbestimmung und Grundrechtsschutz. Das Recht eines jeden Einzelnen, selber entscheiden zu können, wer wann welche Informationen über ihn erhalten darf, ist als Bestandteil des grundgesetzlich geschützten allgemeinen Persönlichkeitsrechtes anerkannt. Diese Befugnis, grundsätzlich selber über die Preisgabe der einen selbst betreffenden Informationen zu bestimmen, wird auch bereits durch seinen Namen selbst beschrieben: das Recht auf **informationelle Selbstbestimmung**. Dieses Recht leitet sich aber nicht bloß aus einer einfachgesetzlichen Regelung ab; der Schutz des einzelnen geht vielmehr unmittelbar auf die Verfassung und den in ihr verankerten Grundrechtsschutz zurück. Allerdings gilt auch dieser Grundrechtsschutz nicht uneingeschränkt, wie das Bundesverfassungsgericht in seinem o.g. Urteil weiter im 2. Leitsatz entschied:

> *„Einschränkungen dieses Rechts auf ‚informationelle Selbstbestimmung' sind nur im überwiegenden Allgemeininteresse zulässig. Sie bedürfen einer verfassungsgemäßen gesetzlichen*

Grundlage, die dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit entsprechen muß. Bei seinen Regelungen hat der Gesetzgeber ferner den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten. Auch hat er organisatorische und verfahrensrechtliche Vorkehrungen zu treffen, welche der Gefahr einer Verletzung des Persönlichkeitsrechts entgegenwirken."

Bundesverfassungsgericht (Urteil vom 15.12.1983, BVerfGE 65, 1 – Volkszählung)

Jede Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten greift somit in dieses Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung ein. Ein solcher Eingriff kann aber gerechtfertigt sein aufgrund einer gesetzlichen Regelung oder durch eine (selbstbestimmte) Einwilligung des Betroffenen, die in der Regel schriftlich erteilt werden muss. Es gilt somit:

Das informationelle Selbstbestimmungsrecht stellt ein grundsätzliches Verbot mit Erlaubnisvorbehalt dar, personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen.

20.2.1 Datenschutz und berufsrechtliche Verschwiegenheitspflicht

Einfachgesetzlich finden sich Regelungen zum Datenschutz einerseits in unterschiedlichen spezialgesetzlichen Regelungen (z.B. Krankenhausgesetze und Rettungsdienstgesetze der Länder) und andererseits grundlegend im Bundesdatenschutzgesetz bzw. den Datenschutzgesetzen der Länder; seit dem 24.10.1995 kommt die Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (EG-Datenschutzrichtlinie) hinzu. In dieselbe Schutzrichtung führt auch die berufsrechtliche Verschwiegenheitspflicht, wie sie exemplarisch in § 9 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte niedergeschrieben ist. Berufsrecht und Datenschutzrecht stehen dabei selbständig nebeneinander; die Anforderungen beider Rechtsmaterien müssen beachtet und eingehalten werden.

Sowohl Datenschutz als auch berufsrechtliche Verschwiegenheitsverpflichtung müssen parallel beachtet werden.

20.2.2 Personenbezogene Daten

Zentraler Begriff des Datenschutzes sind die **personenbezogenen Daten**. Im Kern gemeinsam ist allen Definitionen, dass es sich hierbei um Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person handelt (vgl. z.B. § 3 Absatz 1 Bundesdatenschutzgesetz). Dabei genießen gerade auch Gesundheitsdaten einen besonderen Schutz, da sie in erheblicher Weise geeignet sind, den Einzelnen z.B. in Anbetracht einer bestimmten Krankheit zu stigmatisieren oder aber auch in ihrer Gesamtheit ein ggf. sogar umfassendes Profil über die körperliche und geistige Verfassung des jeweils betroffenen Patienten darzulegen.

Entscheidend ist hierbei, dass nicht nur diejenigen Informationen den datenschutzrechtlichen Anforderungen unterliegen, die ausdrücklich mit dem Namen des Pa-

tienten verbunden sind; auch Daten, die einer **bestimmbaren** Person zugeordnet werden können, unterliegen dem grundgesetzlichen Schutz. Dabei ist es unerheblich, ob diese Zuordnung z.B. mittels eines Pseudonyms oder anhand der konkretisierenden Inhalte erfolgt (vgl. Artikel 2 Buchstabe a EG-Datenschutzrichtlinie). Ebenfalls irrelevant ist, ob im Falle pseudonymisierter Daten gerade der Empfänger unmittelbar in der Lage ist, das Pseudonym zu entschlüsseln; die EG-Datenschutzrichtlinie stellt insoweit in Erwägungsgrund 26 klar, dass bei der Entscheidung, ob eine Person bestimmbar ist, alle Mittel berücksichtigt werden sollten, die vernünftigerweise „entweder von dem Verantwortlichen für die Verarbeitung oder von einem Dritten" eingesetzt werden könnten, um die betreffende Person zu bestimmen. Es geht also zentral um den Personenbezug bzw. die Personenbeziehbarkeit. Im Gegensatz dazu können hinreichend sicher pseudonymisierte Daten ggf. gewährleisten, dass die berufsrechtliche Verschwiegenheit gewahrt ist, weil berufsrechtlich – insbesondere mit Blick auf § 203 StGB – das „Offenbaren des Geheimnisses" im Mittelpunkt steht; entscheidend ist insoweit dann aber, dass der Empfänger den konkreten Patienten nicht ermitteln kann.

Personenbezogene Daten sind nicht nur Informationen, die einer bestimmten Person zugeordnet sind, sondern auch solche, die einer bestimmbaren Person zugeordnet werden können.

20.2.3 Geheimnischarakter

Anders als im Berufsrecht kommt es im Datenschutzrecht grundsätzlich nicht auf den Geheimnischarakter der betreffenden Informationen an. Selbst wenn der Empfänger die Information bereits kennt, die an ihn weitergegeben wird, braucht der Übermittelnde entweder eine gesetzliche Grundlage oder die Einwilligung des Betroffenen, damit er nicht gegen datenschutzrechtliche Normen verstößt; berufsrechtlich könnte es jedoch ggf. wiederum an einer Offenbarung fehlen.

20.2.4 Grad der Sensibilität

Ferner ist zu berücksichtigen, dass jede Einzelangabe über persönliche oder sachliche Verhältnisse unter den Datenschutz fällt, unabhängig von deren Sensibilität. Gerade im medizinischen Bereich müssen sich die Akteure, die tagein tagaus ausschließlich besonders schützenswerte Daten verarbeiten, immer wieder bewusst machen, dass nicht erst die jeweilige medizinische Diagnose den Schutz des informationellen Selbstbestimmungsrechtes genießt. Bereits schon die Tatsache, dass eine bestimmte (oder bestimmbare) Person sich in einem Krankenhaus aufhält, stellt eine solche Einzelangabe dar und unterliegt dem Datenschutzrecht.

20.2.5 Grundsatz der Erforderlichkeit

Ein weiteres datenschutzrechtliches Prinzip ist der Grundsatz der Erforderlichkeit; eine Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung darf sich – vorbehaltlich weitergehender rechtlicher Befugnisse – grundsätzlich zunächst einmal nur auf die für die

Behandlung **erforderlichen Daten** beziehen. Dieser ebenfalls aus dem Verfassungsrang des informationellen Selbstbestimmungsrechtes hergeleitete Grundsatz der Erforderlichkeit findet sich auch in den Krankenhaus- und Rettungsdienstgesetzen vieler Länder sowie grundlegend in den einschlägigen allgemeinen datenschutzrechtlichen Gesetzen.

> *Auf der Grundlage datenschutzrechtlicher Erlaubnisnormen können nur diejenigen Informationen erhoben, verarbeitet und genutzt werden, die für die Erfüllung der Aufgabe erforderlich sind.*

20.3 Präklinische Notfallmedizin

In der Notfallmedizin ist meistens Eile geboten. In datenschutzrechtlich Hinsicht kommt oftmals hinzu, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, ihre Wünsche zu äußern geschweige denn nach entsprechender Aufklärung eine datenschutzrechtlich wirksame Einwilligung nebst eventuell erforderlicher Schweigepflichtentbindung zu erklären. In erster Linie bedarf es daher gesetzlicher Grundlagen, um einen Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung zu rechtfertigen.

20.3.1 Aufzeichnung des Notrufes

Oftmals wird die Rettungskette mit einem Anruf in der Notrufzentrale in Gang gesetzt. Derjenige, der den Notruf absetzt, ist nachvollziehbarerweise sehr aufgeregt, weil er sich in einer bei weitem nicht alltäglichen Situation wiederfindet und ggf. zusätzlich auch noch selber familiär betroffen ist. Sooft es zuvor in der Theorie auch gelernt sein mag: An einer strukturierten Darstellung des Vorfalles, der Beteiligten und deren Verfassung fehlt es nicht selten. Hier stellt sich die Frage, ob der Anruf aufgezeichnet werden kann, um z.B. bei Unklarheiten im Nachgang die Meldung erneut anhören und prüfen zu können, ob die eingeleiteten Maßnahmen korrekt sind.

Die Aufnahme eines Telefonanrufes stellt einen Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht dar, da die aufgezeichneten Informationen personenbezogene Daten des Anrufers bzw. der zu rettenden Person enthalten. Eine Einwilligung wiederum scheidet aus, da die Einleitung der Rettungsmaßnahmen hierdurch verzögert werden würde. Bei der Suche nach einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage, die die Aufzeichnung des Notrufes erlaubt, finden sich in sehr vielen Ländern entsprechende Regelungen in den Rettungsdienstgesetzen oder in den Sicherheits- und Ordnungsgesetzen. Soweit eine solche gesetzliche Regelung nicht existiert, wird zum Teil vorgebracht, dass ein solcher Notruf als öffentlich gesprochenes Wort anzusehen sei und deshalb nicht unter den Schutz des Grundgesetzes bzw. des Strafgesetzbuches falle. Allerdings wird hierbei verkannt, dass auch die Eilbedürftigkeit eines Notrufes nichts daran ändert, dass sich der Anrufer gerade nicht an die Öffentlichkeit wendet, sondern an die zuständige Stelle; insoweit ist ein solcher Notruf auch nicht anders zu bewerten als ein sonstiger Anruf bei einer Behörde.

Der Grund für die Aufzeichnung des Anrufes ist nachvollziehbar und dient ggf. sogar dem Wohlergehen der Betroffenen. Ziel kann es daher nur sein, dass die hierfür er-

forderlichen formellen Grundlagen geschaffen werden und gesetzliche Vorschriften diese Form der Datenverarbeitung legitimieren.

20.3.2 Schutz vor Voyeurismus

Wird der Rettungsdienst zu einem Einsatz im öffentlich zugänglichen Bereich (z.B. zu einem Verkehrsunfall) gerufen, lassen leider Schaulustige nicht allzu lange auf sich warten. Fotografierende oder filmende Passanten sind dabei ebenfalls keine Seltenheit mehr. Abgesehen davon, dass die Rettungsmaßnahmen hierdurch ggf. sogar behindert werden, ist hier auch nach dem Schutz der Daten des Betroffenen zu fragen: Man kann ggf. die betroffene Person sehen und erkennen, die gerade notfallmäßig behandelt wird; das KFZ-Kennzeichen ist schon aufgrund der gesetzlichen Definition in § 45 Satz 2 Straßenverkehrsgesetz als personenbezogenes Datum anzusehen; angesichts der durch den Rettungsdienst ergriffenen Maßnahmen lassen sich Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Betroffenen ziehen, wenn er z.B. mit einer Schaufeltrage oder einer Vakuummatratze transportiert wird.

Nordrhein-Westfalen hat als erstes Bundesland auf die hiermit in Zusammenhang gebrachten steigenden Unfallzahlen wegen Unachtsamkeit im Straßenverkehr reagiert und mobile Sichtschutzwände angeschafft. Losgelöst von der Frage, ob den Rettungsdienst in Situationen der Notfallrettung überhaupt eine Garantenpflicht auch zum Schutz des Verunfallten in datenschutzrechtlicher Hinsicht trifft und ob hier entsprechende Maßnahmen datenschutzrechtlich gefordert werden müssen, sind Maßnahmen gegen Voyeurismus und zur Unfallvermeidung jedenfalls auch datenschutzfreundlich, da die Sicht auf den Betroffenen und die Möglichkeit der Informationsbeschaffung unterbunden wird. Auf jeden Fall aber muss darauf geachtet werden, dass parallel zur oder im Anschluss an die konkrete Behandlung Schaulustigen keine personenbezogenen Daten des Betroffenen preisgegeben werden, da für eine solche Datenübermittlung regelmäßig eine rechtliche Grundlage fehlen dürfte.

20.3.3 Information über spezifische Keimbelastungen

Ein Notfalleinsatz kann auch in einer Einrichtung, z.B. einem Alten- und Pflegeheim beginnen. Hier stellt sich aus datenschutzrechtlicher Sicht immer wieder die Frage, ob und in welchem Umfang der Rettungsdienst erfahren darf, welche bestehende Infektion bzw. Keimbesiedelung des Patienten besteht. Gerade im Hinblick auf das im Infektionsschutzgesetz niedergelegte Ziel der Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen (vgl. § 23 Infektionsschutzgesetz) stellt dies ein nachvollziehbares Informationsbedürfnis dar. Bei der Vielzahl unterschiedlicher Keime treten zunehmend auch wirtschaftliche Gesichtspunkte in den Vordergrund: Ausgehend von der Situation, dass dem Rettungsdienst ein unspezifischer Hinweis auf eine bestehende Keimbelastung gegeben wurde, wird nunmehr zunehmend dargestellt, die Information über den konkreten Keim sei wesentlich, da sich die Desinfektionsmaßnahmen und -zeiten je nach Keim unterscheiden, der Rettungswagen also ggf. wieder früher einsatzbereit ist.

Allerdings muss auch hierbei berücksichtigt werden, dass es wiederum um personenbezogene Daten geht. Dabei handelt es sich keineswegs **nur** um eine Diagnose. Gerade eine solche Diagnose stellt – abgesehen von dem grundlegenden erhöhten Schutz-

bedarf von Gesundheitsdaten – eine Information höchster Sensibilität dar. Rechtliche Grundlagen für einen Informationsaustausch gibt es in vielen unterschiedlichen Zusammenhängen. Hier kommen insbesondere erneut die Rettungsdienstgesetze der Länder oder auf § 23 Infektionsschutzgesetz beruhende Verordnungen in Betracht. Auch bei einem derartigen institutionsübergreifenden Informationsaustausch greift aber der Grundsatz der Erforderlichkeit. Nur diejenigen Informationen, die zur Verhütung und Bekämpfung erforderlich sind, können unter solche Erlaubnistatbestände fallen. Dies kann z.B. danach differenzieren, welche Körperteile mit Keimen besiedelt sind. So können bei einer Besiedelung von Nasen- und Rachenraum andere Schutzmaßnahmen erforderlich werden als in anderen Fällen. Insgesamt muss hier genau darauf geachtet werden, was die jeweiligen gesetzlichen Vorschriften erlauben. Insbesondere Alten- und Pflegeheime werden hiervon bisher ggf. nicht umfasst.

20.4 Innerklinische Notfallmedizin

Innerhalb eines Krankenhauses kommen Notfallsituationen in verschiedensten Ausgestaltungen vor. Allen gemeinsam ist auch hier die zeitliche Enge, in der Maßnahmen eingeleitet werden müssen. Je größer und detaillierter hierbei die Informationsgrundlage ist, desto höher sind die Chancen für die Betroffenen, unbeschadet die Notfallsituation zu überstehen. Bei allem Verständnis für Befürworter einer insoweit möglichst offenen und damit einfachen Informationskultur innerhalb eines Hauses sind zum Schutz der grundgesetzlichen Rechte eines jeden Patienten dennoch datenschutzrechtliche Anforderungen zu berücksichtigen; dies geht aber auch ohne Verhinderung der erforderlichen Informationsflüsse und ohne Beschränkung der medizinischen Maßnahmen. Grundsätzlich gilt auch hier, dass eine Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung nur zulässig ist, wenn entweder eine gesetzliche Vorschrift dies erlaubt oder der Betroffene seine Einwilligung erteilt hat; speziell für Notfälle scheidet jedoch oftmals die Möglichkeit, eine Einwilligung erklären zu können, aus.

20.4.1 Notfall auf dem Krankenhausgelände

Gerade in einem Krankenhaus halten sich Menschen auf, die in ihrer gesundheitlichen Verfassung eingeschränkt sind. Hier ist nicht ausgeschlossen, dass ein Patient außerhalb seiner Station in eine akute Notfallsituation gerät. Um hier richtige und sachgerechte Hilfe zu leisten, könnte ein Zugriff auf elektronisch gespeicherte Daten dieses Patienten sehr hilfreich sein. Hieraus könnten sich immerhin nützliche Erkenntnisse z.B. über bestimmte Erkrankungen, Krankheitskonstellationen, erforderliche Medikamente oder Allergien usw. ergeben, deren Unkenntnis für den Patienten zu gefährlichen Folgen führen könnte.

Allerdings greift der Grundsatz der Erforderlichkeit auch innerhalb eines Krankenhauses. Das bedeutet, dass der jeweilige Mitarbeiter bzw. eine bestimmte Rolle von Mitarbeitern auch nur Zugriff auf diejenigen Daten haben darf, die er für die Erfüllung seiner Aufgaben benötigt. So dürften sich grundsätzlich die Zugriffsberechtigungen von ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal unterscheiden; auch die Zugriffsmöglichkeiten unterschiedlicher Abteilungen bzw. Kliniken müssten differenziert vergeben sein. Im Hinblick auf Krankenhausinformationssysteme haben die

Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder eine Orientierungshilfe zur Nutzung der elektronischen Patientenakte herausgegeben, der sowohl die rechtlichen Grundlagen als auch die technischen und organisatorischen Maßnahmen entnommen werden können, die zur Gewährleistung des Datenschutzes zu ergreifen sind.

Trotz eines aus datenschutzrechtlicher Sicht erforderlichen Zugriffsberechtigungskonzeptes darf in Notfallsituationen der Zugang zu erforderlichen Informationen auch für einen an sich nicht zuständigen Arzt nicht verschlossen sein. Hier sollte technisch vorgesehen werden, dass im Rahmen eines Notzugriffes z.B. ausschließlich für das ärztliche Personal der Zugriff auf alle Patientendaten ermöglicht wird; entscheidend für die Durchsetzung datenschutzrechtlicher Anforderungen ist dann aber die Kontrollmöglichkeit solcher Zugriffe. Dies setzt z.B. voraus, dass die Zugriff nehmenden Ärzte einen kurzen Grund für diesen Zugriff hinterlegen müssen, dass sie auf die Tatsache des Notzugriffes und die diesbezügliche Protokollierung hingewiesen werden und dass vor allem diese Protokollierung der Notzugriffe anschließend in regelmäßigen Abständen ausgewertet wird. Sollte es hier zu Unstimmigkeiten kommen, müssen diese weiter aufgeklärt werden.

20.4.2 OP und Notfallambulanz

Der OP bzw. die Notfallambulanz sind die Kernbereiche innerklinischer Notfallmedizin. Die eingangs bereits dargestellte interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche einerseits und die klinik- bzw. abteilungsübergreifende Zuständigkeit andererseits bedeuten, dass ein der beruflichen Rolle oder dem Fachbereich entsprechendes Zugriffsberechtigungskonzept zu Informationsdifferenzen führen würde, wohingegen eine einheitliche Datengrundlage und ein einheitliches Vorgehen aller an einer Operation Beteiligten notwendig für das Gelingen der Behandlung ist.

In Teil I Ziffer 19 der Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder (März 2014) wurde auch diese besondere Situation berücksichtigt:

> *„Beschäftigte des Krankenhauses mit fachrichtungsübergreifender Funktion (z.B. Anästhesie, ... OP-Personal ...) sollten den Daten-Zugriff entweder durch individuelle Zuweisung oder mit dem/durch den Patientenkontakt erhalten. Die Zugriffsbefugnisse haben sich an der Erforderlichkeit für die jeweilige Aufgabenerfüllung zu orientieren."*

Durch eine derart ausgestaltete Technik, fachrichtungsübergreifenden Abteilungen gezielt den Zugriff auf die Patientendaten des jeweils Betroffenen zu ermöglichen, werden die medizinischen Maßnahmen einerseits nicht behindert und dem Datenschutz andererseits dennoch ausreichend Rechnung getragen. Berücksichtigt werden muss hier selbstverständlich aber auch der Grundsatz der Erforderlichkeit. Nicht datenschutzrechtlichen Anforderungen entspricht es daher, wenn OP-Mitarbeiter uneingeschränkt Zugriff auf die Daten sämtlicher Patienten des Krankenhauses haben.

20.4.3 Prominente Patienten

Immer wieder befinden sich auch Prominente zur ärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus. Das mediale Interesse an Behandlungsmaßnahmen, Hintergründen und Informationen ist entsprechend groß. Trotzdem unterliegt ein Krankenhaus als

Daten verarbeitende Stelle auch bei solchen Patienten datenschutzrechtlichen Anforderungen; die Tatsache, dass die Gesundheitsinformationen dieses Patient als Prominenter von journalistischem Interesse sein mögen, rechtfertigt es nicht, ohne Rücksicht auf das informationelle Selbstbestimmungsrecht dieses Patienten Rede und Antwort zu stehen. Mangels einer entsprechenden Rechtsgrundlage kommt hier eine Preisgabe personenbezogener Patientendaten über den Prominenten nur in Betracht, wenn er hierzu seine Einwilligung erteilt hat.

Ein weiterer Aspekt im Zusammenhang mit prominenten Patienten ist das hausinterne Interesse an der Krankengeschichte. Entgegen einem dem Erforderlichkeitsgrundsatz entsprechenden Zugriffsberechtigungskonzept haben ggf. auch Mitarbeiter, die nicht an der Patientenbehandlung beteiligt sind, ein allein sensationsbedingtes Bedürfnis, Zugriff auf diese Patientendaten nehmen zu wollen. Zum einen sollte im Falle einer elektronischen Patientenakte die Protokollierung der Zugriffe auf die Daten solcher Patienten mit besonderem Augenmerk ausgewertet werden und zum anderen kommt auch eine Aufnahme unter fiktivem Namen in Betracht – vgl. Teil I Ziffern 41 f. der Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder (März 2014). Auf diese technische Weise kann die auch für den Datenschutz letztlich verantwortliche Krankenhausleitung den Missbrauch solcher Patientendaten einzudämmen versuchen.

Literatur

Arbeitskreise Gesundheit und Soziales sowie Technische und organisatorische Datenschutzfragen der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder (2014) Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder. Stand: März 2014. URL: https://www.datenschutz-hamburg.de/uploads/media/Orientierungshilfe_Krankenhausinformationssysteme_2.Fassung.pdf

Bundesverfassungsgericht (Urteil vom 15.12.1983, BVerfGE 65, 1 – Volkszählung) 1 BvR 209, 269, 362, 420, 440, 484/83

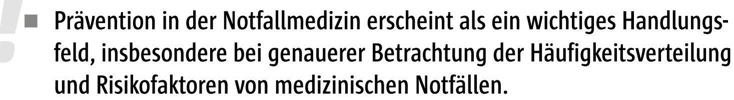


Matthias Jaster

Studium der Rechtswissenschaften an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Von 2005 bis 2007 Tätigkeit als Rechtsanwalt und Leitung der Dezernate für Medizinrecht und Verwaltungsrecht in einer alteingesessenen Kanzlei; Absolvierung der Fachanwaltslehrgänge Medizinrecht und Verwaltungsrecht. Mitglied des Deutschen Anwaltvereins (DAV) und der Arbeitsgemeinschaft Verwaltungsrecht des DAV. Ab 2007 Tätigkeit in einer norddeutschen Klinikgruppe u.a. als betrieblicher Datenschutzbeauftragter. Seit 2013 juristischer Fachreferent beim Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit für die Bereiche: Gesundheitswesen und medizinische Forschung, Sozialwesen, Schule und Bildungswesen sowie Grundsatzfragen des Hamburgischen Datenschutzgesetzes; derzeit kommissarischer Leiter des Referates „Sicherheit, Demokratie und Daseinsvorsorge“. Mitglied des Arbeitskreises Gesundheit und Soziales der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder. Autor und Referent zu datenschutzrechtlichen Themen im Gesundheitswesen und Sozialwesen.

21 Ethik der Prävention am Beispiel von Notfällen

Nico Vonneilich und Olaf von dem Knesebeck



- Prävention in der Notfallmedizin erscheint als ein wichtiges Handlungsfeld, insbesondere bei genauerer Betrachtung der Häufigkeitsverteilung und Risikofaktoren von medizinischen Notfällen.
- Präventive Maßnahmen in der Notfallmedizin können einen Beitrag zur Senkung von lebensbedrohlichen Komplikationen und Mortalitätsrisiken leisten, beispielsweise durch Aufklärungs- und Schulungsprogramme oder durch Früherkennung.
- Bei der Entwicklung und Umsetzung solcher Maßnahmen sollten ethische Kriterien wie Beurteilung des Nutzen- und Schadenspotenzials, Respekt der Autonomie, Gerechtigkeit, Effizienz und Legitimität berücksichtigt werden.

21.1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung, des Wandels des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen sowie der veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt wird eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention als zunehmend wichtig erachtet. Auf den ersten Blick scheint es wenig Berührungspunkte zwischen Notfallmedizin und Prävention zu geben, da Notfälle als häufig schwer oder gar nicht vorhersehbare Ereignisse oder Komplikationen gesehen werden. Prävention gründet demgegenüber auf Kenntnis-

sen über vermeidbare Gesundheitsrisiken und legt Handlungsweisen nahe, die im Gegensatz zur notfallmedizinischen Intervention längere Zeiträume in Anspruch nehmen. Wenn dennoch nach einem engeren Zusammenhang zwischen diesen beiden Phänomenen gefragt wird, so deshalb, weil manche notfallmedizinischen Einsatzdiagnosen nicht-zufällige Häufungen bei bestimmten Personengruppen, an bestimmten Orten bzw. zu bestimmten Zeiten aufweisen. Es ist daher sinnvoll, Risikofaktoren bzw. Risikokonstellationen notfallmedizinischer Komplikationen zu identifizieren und auf ihre präventivmedizinischen Implikationen hin zu überprüfen (Siegrist u. Knesebeck 2005).

Im Zusammenhang mit Prävention tauchen schnell Fragen auf, die eine ethische Auseinandersetzung erforderlich machen. Welche Risiken sind es wert, dass man präventiv tätig wird und auf welcher Grundlage sollte dies entschieden werden? Welchen Nutzen kann eine solche Kampagne haben und wie wird dieser bewertet? Trägt Prävention zu einer Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten bei und wenn ja, wie kann dies vermieden werden? Mit diesen und weiteren Fragen wird sich der vorliegende Beitrag auseinandersetzen. Im folgenden Kapitel werden zunächst zentrale Konzepte und Strategien der Prävention vorgestellt und aktuelle Kontroversen in der Präventionsforschung skizziert; daraufhin wird auf ethische Aspekte der Prävention eingegangen (s. Kap. 21.3), bevor die Bedeutung der Prävention für die Notfallmedizin am Beispiel von Herz-Kreislauferkrankungen thematisiert wird (s. Kap. 21.4). In Kapitel 21.5 schließlich werden die sich daraus ergebenden ethischen Aspekte in der Prävention von Notfällen diskutiert.

21.2 Prävention: Definitionen und Konzepte

Ihrem Grundverständnis folgend will Prävention in erster Linie Krankheitsursachen reduzieren und Krankheitsrisiken vermeiden (Walter et al. 2012). Dem gegenüber steht der Begriff der Gesundheitsförderung, welcher die Förderung von Schutzfaktoren und gesundheitsrelevanten Ressourcen zum Ziel hat (Altgeld u. Kickbusch 2012). Übersetzt man diese Definitionen in Maßnahmen, so wird relativ schnell deutlich, dass eine solche Trennung nicht immer ganz leicht aufrecht zu erhalten ist. Eine ausgewogene Ernährung kann beispielsweise direkt der Gesundheitsförderung zugerechnet werden, trägt jedoch auch zur Vermeidung verschiedener chronischer Erkrankungen und Gesundheitsrisiken bei. Daher wird in diesem Zusammenhang zumeist von Risiko- beziehungsweise Protektivfaktoren gesprochen. Risikofaktoren sind Merkmale, deren Vorhandensein mit einem erhöhten Risiko für Erkrankungen einhergeht. Als Schutzfaktoren lassen sich all diejenigen Faktoren zusammenfassen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken beziehungsweise die negativen Auswirkungen eines Risikofaktors abschwächen oder ganz ausschalten. Eine vitaminreiche Ernährung stärkt die Gesundheit, aufgrund ihrer antioxidativen Wirkung können Vitamine auch dazu beitragen, die negativen Auswirkungen des Rauchens abzumildern.

In der Präventionsforschung wird im Allgemeinen zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Betrachtet man Prävention auf einem zeitlichen Kontinuum, welches der Entstehung und Entwicklung einer Krankheit folgt, dann würde Primärprävention beim gesunden Menschen ansetzen. Ziel einer primärpräventiven Intervention ist es, die Häufigkeit von Risikofaktoren in einer gesunden

Population und somit die Entstehung von Neuerkrankungen (Inzidenzen) zu verringern. Maßnahmen der Sekundärprävention haben zum Ziel, die gesundheitlich negativen Auswirkungen von Risikofaktoren zu reduzieren und Krankheiten möglichst früh zu erkennen und zu behandeln. Beispielsweise zählen hierzu Früherkennungsuntersuchungen wie etwa die Mammografie oder das Langzeit-EKG zur Früherkennung von Herz-Kreislauf Erkrankungen. Tertiärprävention möchte hingegen die Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung vermeiden. Klassische Beispiele sind hier rehabilitative Maßnahmen oder edukative Verfahren zum Umgang mit einer Erkrankung. Nun ist es nicht immer ganz einfach, zwischen einer Früherkennung und einer klinischen Manifestation zu unterscheiden. Ist eine sich entwickelnde arterielle Hypertonie ein Risikofaktor für einen Herzinfarkt oder ist sie selbst bereits eine klinisch manifeste Erkrankung? Nicht in jedem Fall lassen sich Sekundär- und Tertiärprävention klar trennen.

Grundsätzlich kann zwischen bevölkerungsbezogenen Präventionsstrategien und einer selektiven Risikogruppenstrategie unterschieden werden (Walter et al. 2012). Letztere bezieht sich auf eine bestimmte eher homogene Gruppe in der Bevölkerung, die möglicherweise bereits einen Risikofaktor trägt. Diese Maßnahmen zeichnen sich häufig durch ihre spezifische Herangehensweise aus, zielen jedoch auf eine zahlenmäßig kleinere Gruppe. Eine Bevölkerungsstrategie hingegen versucht, möglichst breit und möglichst viele Personen zu erreichen. Aufbauend auf der Spezifizierung der Zielgruppe wird dann die Intervention geplant (Leppin 2006).

Eine weitere Unterscheidung bezieht sich darauf, ob Präventionsmaßnahmen am individuellen Verhalten einer Person ansetzen oder an den strukturellen Umweltbedingungen bzw. gesellschaftlichen Verhältnissen, denen die Menschen ausgesetzt sind. Zu den erstgenannten Maßnahmen der Verhaltensprävention zählen z.B. die ärztliche Beratung zu Risikofaktoren oder zu Lebensstiländerungen, aber auch bevölkerungsbezogene Aufklärungskampagnen oder Maßnahmen zur individuellen Stressbewältigung. Wird jedoch z.B. durch Gesetze oder Regelungen wie etwa dem Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden sowie Restaurants und Gaststätten versucht, entsprechende Risikofaktoren zu minimieren, so werden die Maßnahmen der Verhältnisprävention zugerechnet. Denn hier wird eher auf die Verhältnisse abgezielt, in denen bestimmte Verhaltensweisen auftreten oder aber vermieden werden können. Da sich gezeigt hat, dass verhaltenspräventive Maßnahmen allein von begrenzter Reichweite und zum Teil begrenzt wirksam sind (Mühlhauser 2014), wird es in der Prävention als zunehmend wichtig erachtet, die Lebensverhältnisse zu berücksichtigen. So werden die Gruppen mit den größten gesundheitlichen Risiken häufig nicht durch verhaltenspräventive Maßnahmen erreicht (*inverse prevention law*). Dies sind vor allem die Bevölkerungsgruppen, die über ein vergleichsweise niedriges Einkommen oder eine niedrige Bildung verfügen. Vor diesem Hintergrund ist in aktuellen Studien gezeigt worden, dass die Prävention (insbesondere die Verhaltensprävention) durchaus zu einer Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen kann (Janßen et al. 2012; Lorenc et al. 2013).

21.3 Ethische Aspekte in der Prävention

Gerade die Hinweise, dass präventive Maßnahmen nicht nur zu einer Verringerung, sondern auch zu einer Verschärfung von sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit

beitragen können, lassen ethische Aspekte der Prävention in den Vordergrund treten (Callahan u. Jennings 2002). Was sind zentrale Annahmen der Prävention und wie werden diese in präventiven Maßnahmen umgesetzt?

Grundsätzlich wird durch eine ethische Auseinandersetzung versucht, auf Fragen Antworten zu finden, die gemäß einer moralischen Wertordnung zufriedenstellend sind. Diese Antworten sollen das Handeln beeinflussen, und zwar in einer Weise, dass dieses als „recht und gut" bezeichnet werden kann (Laaser 1997). Die Interpretation dessen, was als recht und gut bezeichnet werden kann, mag je nach Wertevorstellungen innerhalb von Gesellschaften und Gruppen variieren (z.B. zwischen Religionen oder unterschiedlichen Berufsständen). Letztlich geht es darum, anhand einer moralisch-ethischen Richtschnur eine entsprechende Handlungsnorm zu begründen, zu entwickeln und anzuwenden. Dies wird als normative Ethik bezeichnet (Strech et al. 2012).

In der utilitaristischen Tradition würde diejenige Maßnahme als richtig und gut bezeichnet werden, die den größten Nutzen bringt. Weniger steht hierbei der individuelle als vielmehr der gesamtgesellschaftliche Nutzen im Vordergrund (Bittner u. Heller 2012). An dieser Stelle werden ethische Konflikte sichtbar, wenn es um die Abwägung individueller Rechte und Freiheiten einerseits und den eher paternalistisch und kommunitaristisch orientierten Ansatz präventiver Interventionen andererseits geht (Callahan u. Jennings 2002; Bayer u. Fairchild 2004). Während in der Bioethik der Medizin der Autonomie und der Freiheit des Individuums der höchste Wert beigemessen wird, lässt sich dies in einer Ethik von Public Health und Prävention so nicht aufrechterhalten (Bayer u. Fairchild 2004). Es sollte demzufolge ein Ziel von Prävention sein, eine ausgewogene Balance zwischen beiden Aspekten zu finden.

Dieser utilitaristischen Position gegenüber stehen vertragstheoretisch orientierte Ansätze, die den Wert von präventiven Handlungen daran bemessen, inwiefern diese auch bei den jeweils schwächsten Mitgliedern der Gesellschaft ansetzen und deren gesundheitlichen Risiken mindern. Diese Ansätze beruhen auf der Grundannahme, dass jedem Individuum das gleiche Maß an Freiheiten zugesprochen wird, solange dieses auch mit gleichen Freiheiten für Andere vereinbar ist (Bittner u. Heller 2012). Alle Mitglieder schließen dieser Theorie folgend einen hypothetischen, jedoch allgemeingültigen Vertrag über Gerechtigkeitsprinzipien, anhand welcher Freiheiten definiert werden können. Dazu kommt das sogenannte Differenzprinzip, wonach Ungleichheiten nur bestehen dürfen, wenn sie in anderen möglichen Ordnungsprinzipien stärker ausfallen würden. Daher würde hier nicht unbedingt diejenige präventive Intervention gewählt, die den größten gesamtgesellschaftlichen Nutzen bringt, sondern vielmehr diejenige, die unter Beachtung der Freiheiten Aller insbesondere die am schwächsten gestellten Individuen stärkt. Unklar bleibt in diesem Ansatz, ob es tatsächlich möglich ist, unter idealen Bedingungen Gerechtigkeitsprinzipien zu definieren und inwiefern nicht schon Machtpositionen in einem solchen Aushandlungsprozess wirksam sind.

Dem dritten klassischen Prinzip, der libertären Konzeption von Gerechtigkeit, liegt das Grundrecht auf Eigentum als oberstes Ordnungsprinzip zugrunde, dem Recht also, über rechtmäßig erworbenes Eigentum selbst zu bestimmen. Demzufolge lässt sich Prävention bewerten, wenn sie allen gemäß ihrer Menge an Eigentümern freien Zugang zu diesen Interventionen gewährt. Allerdings ist dieser Ansatz kritisch be-

trachtet worden, da sich die Annahme der Rechtmäßigkeit von Eigentum nicht ohne weiteres aufrechterhalten lässt.

Keine der genannten ethischen Grundausrichtungen konnte sich in den Gesundheitswissenschaften allgemeingültig durchsetzen. Vielmehr lässt sich eine praktische Ethik für den Bereich der Prävention am ehesten aus einem kohärentistischen Verfahren heraus entwickeln. Hier wird nicht auf ein einziges, letztgültiges moralisches Prinzip verwiesen, sondern auf mehrere konsensfähige Prinzipien innerhalb einer bestimmten Gesellschaft. Beispielsweise haben sich als solche Grundprinzipien in der Medizin das Prinzip des Nichtschadens, das Wohl des Patienten, der Respekt der Autonomie sowie die Gerechtigkeit etabliert (Beauchamp u. Childress 2008).

Für eine ethische Bewertung von präventiven Maßnahmen ist ein Instrumentarium notwendig, welches Orientierung und Regeln bietet. Strech und Kollegen (2012) haben ein solches Instrumentarium entwickelt, das auf sechs Kriterien beruht:

1. Beurteilung des Nutzenpotenzials,
2. Abschätzung des Schadenspotenzials,
3. Respekt der Autonomie,
4. Gerechtigkeit,
5. Effizienz und
6. Legitimität.

An erster Stelle steht die Bewertung des Nutzenpotenzials einer präventiven Maßnahme. Hierbei geht es um die Fragen der Interventionsziele genauso wie die Bedeutung der Maßnahme für die jeweilige Zielpopulation. Auch sollte die Evidenz für diesen potenziellen Nutzen geprüft werden, zudem sollte diese möglichst transparent und offen dargelegt werden. Direkt an den Nutzen schließt die Frage nach möglichem Schaden als zweites Prinzip an. Gehen aus der Intervention bestimmte Risiken oder Belastungen hervor und wie sind diese einzuschätzen? Im Sinne des *Empowerment* sollte jede Maßnahme zu einer Förderung der Gesundheitskompetenz und der Selbstbestimmung in der Zielpopulation führen, wie im dritten Kriterium gefordert wird. Dieses beinhaltet im Rahmen eines *informed consent* freie Entscheidungen über die Teilnahme und Nichtteilnahme sowie die freie Abwägung von Nutzen und Schaden einer Intervention. Als viertes Kriterium wird die Gerechtigkeit genannt, wobei insbesondere Zugangsbarrieren und Zielgruppenspezifität im Vordergrund stehen, ohne dabei aber mögliche *Labeling-Effekte* außer Acht zu lassen. Letzteres meint, dass gerade bei spezifischen Kampagnen die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass der Zielgruppe einer solchen Kampagne entsprechende Eigenschaften zugeschrieben werden, welche im Rahmen der Intervention transportiert werden. Grundlegend wird hier auch danach gefragt, ob die jeweilige Intervention allen gesellschaftlichen Subgruppen gleichermaßen zugute kommt oder ob Ungleichheiten bestehen oder gar verstärkt werden (Bittner u. Heller 2012). Gesamtgesellschaftlich stellt sich, insbesondere unter Verwendung öffentlicher Mittel, die Frage nach einem Kosten-Nutzen-Verhältnis und dem sinnvollen Gebrauch von Mitteln. Dieses fünfte Kriterium beinhaltet ebenfalls die Frage, inwiefern mögliche Alternativen geprüft worden sind. Abschließend wird der Entscheidungsprozess einer Prüfung unterzogen, inwiefern dieser legitimiert, transparent, unter Offenlegung der Entscheidungsbegründung sowie mit möglichst hohem Grad an Partizipation durchlaufen wurde. Die Entscheidung selbst sollte ein reguliertes Verfahren durchlaufen, dessen Regeln auf einem gemeinsamen Konsens beruhen.

Es bietet sich an, präventive Maßnahmen anhand solcher Kriterien zu planen und zu evaluieren. Viele dieser Kriterien (Gerechtigkeit, Empowerment, Kosten-Nutzen Relation, Legitimität) finden sich z.B. im Kooperationsverbund „gesundheitliche Chancengleichheit“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank). Die im Rahmen dieses Verbundes entwickelte Praxisdatenbank bietet eine große bundesweite Übersicht über Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die sich insbesondere an Menschen in schwieriger sozialer Lage richten. Wichtiges Ziel des Verbundes ist es zudem, die Qualität in der Prävention und Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter zu erfassen und zu verbessern, was anhand von Good-Practice-Kriterien in die Tat umgesetzt wird.

21.4 Prävention in der Notfallmedizin

Um gesundheitliche Risiken im Sinne einer Prävention zu minimieren, ist es notwendig, bestimmte Verteilungsmuster und Häufigkeiten in der Bevölkerung zu identifizieren. Welche Muster ergeben sich bei der Betrachtung von medizinischen Notfällen in Deutschland? Zunächst lässt sich feststellen, dass knapp 40% aller Krankenhauspatienten in Deutschland als medizinische Notfälle eingeliefert werden. Als Hauptursachen für medizinische Notfälle gelten neben Verletzungen und Vergiftungen insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislauf Systems, wie etwa Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Destatis 2014). Insbesondere der „plötzliche Herztod“ stellt nach wie vor eine große Herausforderung in der Notfallmedizin dar. Zwar ist die Koronarsterblichkeit in den letzten Jahren rückläufig, Rückgänge der spezifischen Mortalität um bis zu 50% in den letzten 30 Jahren konnten gezeigt werden, jedoch ist die Rate der prähospital Verstorbenen nach wie vor hoch (GBE Bund 2013). So zeigen Daten der KORA Studie, dass knapp 40% der Herzinfarkt-Patienten vor Erreichen des Krankenhauses versterben (Löwel et al. 2005).

Gerade Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems weisen einige typische soziodemographische Verteilungsmuster auf. So sind häufiger Männer, ältere Menschen und Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status betroffen (RKI 2014). Zudem weist das Merkmal der langen symptomlosen Entwicklungsphase zahlreicher Herz-Kreislauferkrankungen auf Potenziale der Prävention hin. Es wurde bereits eine ganze Reihe von biomedizinischen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen identifiziert, welche zum Ziel präventiver Maßnahmen wurden. Im Hinblick auf verhaltensbezogene Faktoren wird häufig auf die weitere Verringerung von Rauchprävalenz sowie auf die Förderung von körperlicher Bewegung oder gesunder Ernährung verwiesen. Eine Vielzahl von Programmen widmet sich diesem Feld. Dies wird insbesondere durch aktuelle Programme wie die Europäische Charter zur Herzgesundheit (*European Heart Health Charter,* www.heartcharter.org) sowie die Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich. Der Prävention von Herzerkrankungen wird auch von Seiten der Akteure im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle zugeschrieben und Anstrengungen werden unternommen, die vorgeschlagenen Maßnahmen auch langfristig zu implementieren, wie beispielsweise in der ärztlichen Beratung von Risiken (www.arriba-hausarzt.de, www.heartscore.org).

Präventive Maßnahmen im Rahmen der Notfallmedizin sollten insbesondere dazu beitragen, die nach wie vor hohe Anzahl an Patienten, die noch vor Erreichen des

Krankenhauses versterben, zu verringern. Hierbei könnte die Identifizierung von Patienten mit besonders hohen Risiken hilfreich sein, wenn Patienten mit ersten Symptomen und Beschwerden notärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Zur Identifizierung von Risikogruppen sowie zur Einschätzung individueller Risiken wurden Risikoprofile entwickelt. Als Gruppe mit besonders hohen Risiken für einen Herzinfarkt (> 10%) in den nächsten 10 Jahren werden diejenigen Personen identifiziert, welche bereits mit diagnostizierter KHK oder anderen manifesten Erkrankungen an den Herzkranzgefäßen leben (Stenosen, periphere arterielle Verschlusskrankheit etc.). Auch liegen zur Identifizierung individueller Risikoprofile länderspezifische Tests vor (wie z.B. *Systematic Coronary Risk Evaluation* SCORE, De Backer 2003). Gezielte Aufklärung und Interventionen könnten hier zukünftig zu einer verbesserten notfallmedizinischen Behandlung beitragen. So würden Patienten und ihre Angehörigen besser in die Lage versetzt, erste Symptome rechtzeitig wahrzunehmen und die ersten notfallmedizinischen Schritte zeitnah einzuleiten. Zwar konnte gezeigt werden, dass die Symptomwahrnehmung in Deutschland insbesondere im Vergleich zu anderen europäischen Ländern relativ hoch ist. Jedoch besteht nach wie vor großes Potenzial für Aufklärung und Information. Von den zentralen Anzeichen für einen Herzinfarkt wurde nur der Brustschmerz von der Mehrheit der Befragten angegeben, kein einziges Anzeichen für einen Schlaganfall wurde von mehr als 50% der Befragten korrekt genannt (Mata et al. 2012). Auch würde nur knapp die Hälfte der Studienteilnehmer bei Wahrnehmung dieser Symptome sofort einen Notruf absetzen. Zudem ist das Wissen um Symptome der KHK nach soziodemographischen Merkmalen ungleich verteilt, etwa nach sozialer Schichtzugehörigkeit, Alter und Geschlecht. Ältere Personen, Männer sowie Personen mit geringem Bildungsstand sind in der Regel schlechter informiert. Dementsprechend sollten die jeweiligen Angebote möglichst niedrigschwellig und zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein. An dieser Stufe setzt auch das *PREMISE* Programm der WHO an. Ziel des Programmes ist die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit diagnostizierter KHK. Hierbei steht insbesondere die Nachsorge durch Hausärzte und andere Hilfsdienste in der Community im Vordergrund, eine engere Vernetzung kann dabei dazu beitragen, dass im Notfall Hilfe zur Verfügung steht (WHO 2015).

Hoffnungen wurden auch auf die von Laien zu bedienenden Defibrillatoren gesetzt, welche mehr und mehr im öffentlichen Raum zur Verfügung gestellt werden. Jedoch spricht gegen einen Beitrag dieser Defibrillatoren zu einer bedeutenden Senkung der Letalität, dass sich die große Mehrheit der Ereignisse bei Patienten zu Hause ereignet. Zu einer Verringerung der Risiken können gemäß der aktuellen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) zur Prävention von Herz-Kreislauf Erkrankungen auch Screenings für Männer ab 40 Jahren und für Frauen ab 50 beitragen. Dies kann zu einer besseren Früherkennung und zu einer Vermeidung von Komplikationen und Notfällen beitragen und wird entsprechend von der DGK empfohlen. Jedoch sind solche Früherkennungsuntersuchungen nicht unumstritten, da sie stets auch die Möglichkeit von Fehldiagnosen und Überversorgung mit einschließen und mit entsprechenden Risiken für die Teilnehmer behaftet sind (Mühlhauser 2014).

Neben einer Aufklärung zu Symptomen und zu verbessertem Umgang mit Krankheiten des Herz-Kreislauf Systems sollten auch die Anstrengungen zu Maßnahmen der Ersten Hilfe in der Bevölkerung ausgeweitet werden. Dies beinhaltet ein breiteres Angebot an Kursen, welches deutlich über den Bereich der betrieblichen Gesundheitsversorgung hinausgehen sollte. Auch sollten die Kosten einer Teilnahme mög-

lichst gering gehalten werden, um so gleiche Zugangschancen zu gewährleisten. Als Beispiel sind an anderer Stelle bereits wohnortsnahe Ausbildungsinitiativen genannt worden (Siegrist u. Knesebeck 2005). Zwar sind im Rahmen der Führerscheinprüfungen auch Kurse der Ersten Hilfe für alle verpflichtend, jedoch liegen diese Kurse für die meisten Personen bereits jahrelang zurück. Entsprechend ernüchternd sind auch Zahlen zur Einleitung von Reanimationsmaßnahmen in Deutschland, wonach in nur knapp 15% aller registrierten Fälle von plötzlichem Herztod die Reanimation durch Anwesende vor Eintreffen des Rettungsdienstes begonnen wurde. Die Quoten unterscheiden sich je nach Ort des Geschehens, wobei am Arbeitsplatz die höchste Wahrscheinlichkeit besteht, dass mit einer Reanimation begonnen wird (Gräsner et al. 2012). Auch trauen sich viele Laien die Reanimation nicht zu, möglicherweise aus Angst vor Fehlern oder rechtlichen Konsequenzen. Eine Studie aus den Niederlanden konnte zeigen, dass eine verbesserte Laienausbildung in Reanimationsmaßnahmen einen positiven Einfluss auf die 30-Tage Überlebensrate nach einem Herzinfarktereignis hat (Waalewijn et al. 2001). Insgesamt ist die Datenlage in diesem Bereich als eher schwach zu bezeichnen. Verschiedene Initiativen zur Sensibilisierung der Bevölkerung für Erste-Hilfe-Maßnahmen sind international bekannt, wie beispielsweise das Programm der American Heart Association *„Emergency Cardiovascular Care (ECC)“*. Gerade weil Erste Hilfe zu einer Senkung der Letalität akuter Herzkreislauferkrankungen und zu einer Verminderung von Folgeschäden sowie zu einer Verbesserung der Schnittstelle zwischen Laienhilfe und dem professionellen Notfallsystem beitragen kann, sollte der Ausbau bestehender Programme und die Verbesserung des Kenntnisstands in der Bevölkerung vorangetrieben werden.

21.5 Ethische Aspekte in der Prävention von Notfällen

Wie im vorangegangenen Kapitel skizziert, richten sich Maßnahmen zur Prävention lebensbedrohlicher Komplikationen von Herz-Kreislauferkrankungen vor allem auf eine verbesserte Früherkennung und eine darauf aufbauende gezielte Beeinflussung von Risikofaktoren sowie auf bevölkerungsweite Aufklärungs- und Schulungsprogramme. Ihre vordringlichen Ziele sind eine Verbesserung des Kenntnisstandes über Art und Schweregrad von Manifestationsformen des akuten Myokardinfarkts und des Schlaganfalls, eine Verkürzung des Zeitfensters von der Notfallmanifestation bis zum Eintreffen notärztlicher Hilfe und ein intensiviertes Training von Maßnahmen Erster Hilfe bei Betroffenen und ihren Angehörigen (Siegrist u. Knesebeck 2005). In diesem abschließenden Kapitel soll versucht werden, die in Kapitel 21.3 beschriebenen ethischen Kriterien (Beurteilung des Nutzen- und Schadenspotenzials, Respekt der Autonomie, Gerechtigkeit, Effizienz und Legitimität; Strech et al. 2012) exemplarisch auf diese präventiven Maßnahmen zu beziehen.

Aussagekräftige Ergebnisse zur Nutzen-Schaden-Bewertung stammen üblicherweise aus randomisiert-kontrollierten Studien. Allgemein gesprochen besteht in Bezug auf entsprechende Studien zur Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen ein deutliches Defizit; dies gilt auch für Maßnahmen zur Prävention von Notfällen. Im Hinblick auf sekundärpräventive Früherkennungsuntersuchungen sprechen die Befunde eher für eine Überschätzung des Nutzens und eine Unterschätzung des Schadens (Mühlhauser 2014). Seit einigen Jahren besteht eine Cochrane Gruppe für Public Health, die durch Veröffentlichung von Reviews zur Evidenzbasierung von Prävention beitragen will

(http://ph.cochrane.org/de/home). Aufklärungs- und Schulungsprogramme zu Risikofaktoren und Manifestationsformen von Herz-Kreislauferkrankungen wie auch das Training von Maßnahmen Erster Hilfe zielen auf die Stärkung von Gesundheitskompetenz und tragen so zu einem Empowerment der Zielgruppe bei. Zum ethischen Prinzip des Respekts der Autonomie gehört darüber hinaus eine verständliche Information über das Nutzen- und Schadenspotenzial der präventiven Maßnahmen, damit potenzielle Teilnehmer eine informierte Zustimmung geben können. Gerade bei Früherkennungsuntersuchungen sind die entsprechenden Informationen häufig komplex und werden z.T. missverständlich oder gar irreführend aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Inzwischen gibt es in Deutschland mehrere Initiativen, die sich der verständlichen Aufbereitung von entsprechenden Gesundheitsinformationen verschrieben haben (www.gesundheitsinformation.de/; www.harding-center.mpg.de/de). Im Hinblick auf das Kriterium der Gerechtigkeit hat sich wiederholt gezeigt, dass bevölkerungsweite Aufklärungs- und Schulungsprogramme wie auch andere Interventionen, die auf das individuelle Verhalten zielen, eher zu einer Ausweitung als zu einer Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen (Lorenc et al. 2013). Auch werden Früherkennungsuntersuchungen von Menschen mit einem niedrigen sozialen Status seltener in Anspruch genommen (Klein et al. 2014). Insofern ist auch bei Präventionsmaßnahmen in der Notfallmedizin verstärkt auf das Kriterium der Gerechtigkeit zu achten, z.B. indem häufiger verhältnispräventive Ansätze integriert werden und präventive Maßnahmen entsprechend zielgruppenspezifisch entwickelt werden. Ähnlich wie bei der Wirksamkeit besteht im Bereich der Effizienz von präventiven Maßnahmen ein erheblicher Forschungsbedarf. Es mangelt hier nach wie vor an belastbaren Daten. Das letzte Kriterium der Legitimität besagt, dass präventive Maßnahmen durch eine legitimierte Instanz nach einem transparenten und fairen Entscheidungsprozess implementiert werden sollen. Dabei spielt die Partizipation von betroffenen Populationen eine wichtige Rolle. Auch bei der Gestaltung von Maßnahmen zur Prävention von Notfällen ist es wichtig, die Zielgruppe (z.B. Menschen mit erhöhtem Myokardinfarktrisiko) zu befähigen, ihre eigenen Bedürfnisse zu formulieren und Wünsche, Ideen und Vorstellungen bei der Planung, Umsetzung und Durchführung der präventiven Maßnahmen einzubringen.

Literatur

Altgeld T, Kickbusch I (2012) Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks M-L, Busse R, Schneider N (Hrsg.) Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München, S. 187–196

Bayer R, Fairchild AL (2004) The genesis of public health ethics. Bioethics 18(6): 473–492

Beauchamp TL, Childress JF (2008) Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York.

Bittner R, Heller S (2012) Ethik in den Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg.) Handbuch Gesundheitswissenschaften (vollst. überarb. Auflage). Beltz Juventa, Weinheim, S. 221–236

Callahan D, Jennings B (2002) Ethics and Public Health: forging a strong relationship. Am J Pub Health 92(2): 169–176

Destatis Statistisches Bundesamt (2014) Zahl der Woche vom 18. Februar 2014. www.destatis.de (Zugriff am 15.05.2015)

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKGEV) (2015) Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2013. http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/62/title/Statistik (Zugriff am 15.05.2015)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2013) Daten zu Herzinfarkten in der Region Augsburg (Mortalität, Morbidität, Letalität, Vorerkrankungen, medizinische Versorgung). www.gbe-bund.de (Zugriff am 15.05.2015)

Go AS, Bauman MA, Coleman King SM Fonarow GC, Lawrence W, Williams KA, Sanchez E (2014) An Effective Approach to High Blood Pressure Control – A Science Advisory From the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control and Prevention. J Am Coll Cardiol 63: 1230–1238

Gräsner et al. 2012

Janßen C, Sauter S, Kowalski C (2012) The influence of social determinants on the use of prevention and health promotion services: results of a systematic literature review. Psychosoc Med 9: DOC07

Klein J, Hofreuter-Gätgens K, Knesebeck O vd (2014) Socioeconomic status and the utilization of health services in Germany: a systematic review. In: Janßen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg.) Health care utilization in Germany: Theory, Methodology, and Results. Springer, New York, S. 117–143

Laaser U (1997) Ethische Fragen in der Prävention. In: Allhoff P, Flatten G, Laaser U (Hrsg.) Krankheitsverhütung und Früherkennung – Handbuch der Prävention. Springer Verlag, Berlin, S. 76–86

Leppin A (2006) Zielgruppenspezifische Prävention. In: Haisch J, Hurrelmann K, Klotz T (Hrsg.) Medizinische Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber, Bern, S. 17–24

Leppin A (2010) Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern, S. 35–45

Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P (2013) What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health 67 (2): 288–290

Löwel H, Meisinger C, Heier M, Hörmann A, Scheidt W von (2005) Herzinfarkt und koronare Sterblichkeit in Süddeutschland. Dtsch Arzteblatt 103(10): A-616

Mata J, Frank R, Gigerenzer G (2012) Symptom recognition of heart attack and stroke in nine european countries: a representative study. Health Expect 17: 376–387

Minkler M, Wilson N, Wallerstein NB (2008) Improving health through community organization and community building. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (Hrsg.) Health behavior and health education: theory, research and practice. Jossey Bass, San Francisco, S. 287–312

Mühlhauser I (2014) Zur Überschätzung des Nutzens von Prävention. Z Evid Fortbild Qual Gesundh ZEFQ 108 (4): 208–218

Robert Koch-Institut RKI (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 72–74

Siegrist J, Knesebeck O vd (2005) Akutmedizin und Prävention. In: Madler C, Jauch K-W, Werdan K, Siegrist J, Pajonk F-G (Hrsg.) Das NAW-Buch – Akutmedizin der ersten 24 Stunden. Urban & Fischer, München, S. 1217–1225

Strech D, Neitzke G, Marckmann G (2012) Public-Health-Ethik: normative Grundlagen und methodisches Vorgehen. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks M-L, Busse R, Schneider N (Hrsg.) Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München, S. 136–143

Waalewijn RA, Tijssen JG, Koster RW (2001) Bystander initiated actions in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: results from the Amsterdam Resuscitation Study (ARRESUST). Resuscitation 50: 273–279

Walter U, Robra BP Schwarf FW (2012) Prävention. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Dierks M-L, Busse R, Schneider N (Hrsg.) Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, München, S. 196–223

WHO (2015) Prevention of recurrences of myocardial infarction and stroke study – the PREMISE programme. www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/secondary_prevention/country/en/ (Zugriff am 19.08.2015)

Internetquellen

Cochrane Public Health Group: http://ph.cochrane.org/de/home

European Heart Health Charter: www.heartcharter.org

Gesundheitsinformationen des IQWiG: www.gesundheitsinformation.de/

Harding Zentrum für Risikokompetenz: www.harding-center.mpg.de/de

Instrumente zur Ermittlung und Beratung von Risikofaktoren der KHK: www.arriba-hausarzt.de, www.heartscore.org

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank



Dr. phil. Nico Vonneilich

Studium der Soziologie, Psychologie und Politikwissenschaften an den Universitäten Münster und Hamburg. Seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Forschungsschwerpunkte sind insbesondere soziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit und ihre möglichen Erklärungen.



Prof. Dr. phil. Olaf von dem Knesebeck

Studium der Soziologie und Psychologie in Düsseldorf, Magister Artium 1993, Promotion 1997, Habilitation 2003. Seit 2004 Professor für Medizinische Soziologie, Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte: Soziale Einflüsse auf Gesundheit und Versorgung, internationale Vergleiche in der Sozialepidemiologie und Versorgungsforschung.

22 Selbstschutz und Selbstgefährdung als ethischer Konflikt in der Notfallsituation

Hartwig Marung

22.1 Einleitung

Die Arbeitsbedingungen in der Notfallmedizin, und hier vor allem im Rahmen der *präklinischen* Versorgung, sind u.a. gekennzeichnet durch hohen Handlungsdruck, Informationsmangel bezüglich anamnestischer Daten, widrige äußere Bedingungen wie Kälte/Regen oder Hitze, Stressfaktoren wie eine Vielzahl von Folgeeinsätzen oder umgekehrt sehr lange einsatzfreie Zeiten, ungünstige Tageszeit etc. (vgl. Kap. 2).

Hinzu kommen regelmäßig Notfallsituationen in Grenzbereichen, aus denen eine Reihe weiterer potenzieller Gefahren für die Einsatzkräfte resultiert. Auch hier ist in erster Linie die außerklinische Notfallmedizin zu nennen, weil die meisten Gefährdungen bis zur Aufnahme des oder der Patienten in der Notfallaufnahme bereits identifiziert und bewältigt bzw. verringert werden können. Eine Ausnahme bilden bestimmte gravierende Infektionskrankheiten und, in Deutschland bisher selten, die Verlagerung bewaffneter Auseinandersetzungen vom Einsatzort bis in die Räumlichkeiten der Notaufnahme, wie sie in den USA seit mehreren Jahrzehnten immer wieder vorkommen. Um eine entsprechende Selbstgefährdung des Personals zu reduzieren, ist die Vorhaltung von bewaffnetem Sicherheitspersonal in den Notaufnahmen amerikanischer Großstädte mittlerweile ebenso selbstverständlich wie das Tragen schuss- und stichsicherer Westen für das Rettungsfachpersonal; ein Schritt, der hierzulande (noch) eine Rarität darstellt.

Fälle, in denen von einer Selbstgefährdung der Rettungskräfte auszugehen ist, bilden glücklicherweise die Minderheit aller Notfalleinsätze (Schlechtriemen et al. 2014). Dennoch darf bei diesem Thema *nicht ausschließlich* an seltene Einsatzanlässe wie Geiselnahmen, Brandeinsätze oder Gewaltverbrechen gedacht werden. Auch Einsätze bei Patienten mit unklaren bzw. schwer zu behandelnden Infektionserkrankungen

können eine Gefahr für die Gesundheit der Rettungskräfte darstellen, ebenso wie die alltäglich tausendfach durchgeführten Fahrten unter Nutzung von Sonder- und Wegerechten zum Einsatzort oder in eine geeignete Klinik. Für alle diese Aspekte müssen innerbetriebliche und in das Gesamtsystem passende Sicherheitsstandards entwickelt werden. Die Verantwortung hierfür liegt bei den obersten Leitungen, z.B. den Verantwortlichen auf Trägerseite, der Geschäftsführung von Hilfsorganisationen und Kliniken, sowie der ärztlichen Leitung der Notarztstandorte. Die entsprechenden Prozesse sollten Teil der Bemühungen zum Aufbau einer aktiven Sicherheitskultur in der Notfallmedizin sein.

Werden die genannten Risiken für Einsatzkräfte nicht ausreichend bewältigt, können daraus fehlerhafte Patientenversorgungen (vgl. Kap. 24), eigene Gesundheitsstörungen, erhöhte Fehlzeiten und Suchtverhalten bis hin zum Ausscheiden aus dem Beruf resultieren. Die Beschäftigung damit sollte daher nicht nur im Hinblick auf die Patientensicherheit, sondern auch auf Mitarbeitersicherheit und Personalentwicklung stattfinden (Bengel u. Heinrichs 2004).



Merke:

Aus diesen einleitenden Sätzen folgt, dass die Vorgesetzten und Mitarbeitenden aller Berufsgruppen innerhalb der Notfallmedizin das Thema „Selbstgefährdung im Einsatz“ nicht ignorieren sollten.

22.2 Normative Vorgaben

22.2.1 Gesetzliche Regelungen

Rechtsnormen im Hinblick auf Selbstschutz bzw. -gefährdung im Notfalleinsatz liegen in Form von Unfallverhütungs-Vorschriften und der Arbeitsschutz-Gesetzgebung vor. Daneben sind für alle Beteiligten die Beschränkungen der wöchentlichen Arbeitsstunden durch das Arbeitszeitgesetz[11] relevant, die nur in Ausnahmefällen überschritten werden dürfen.

Die Regelungen der StVO[12] für die Durchführung von Einsatzfahrten und die Richtlinie des Robert-Koch-Instituts zur Hygiene im Krankentransport (Robert Koch-Institut 2007) enthalten ebenfalls verbindliche Vorgaben für den Schutz von Patienten, Mitarbeitern und Dritten und sind daher unbedingt zu beachten.

Umgekehrt wird jeder Mitarbeiter im Rettungsdienst, Notaufnahme und Notarztdienst regelmäßig über die Themen „Garantenstellung“ und „unterlassene Hilfeleistung“ belehrt (vgl. Kap. 7). Aus dieser Konstellation können Konflikte zwischen Selbstschutz und Verpflichtung zur Hilfe resultieren.

Die Pflicht zur Hilfeleistung nach § 323c StGB ist dann gegeben, wenn die Hilfe in einer Notfallsituation sowohl erforderlich als auch zumutbar ist, wobei eine „erhebliche eigene Gefahr“ diese Verpflichtung abmildert[13]. Nachfolgend aufgeführtes Einsatzbeispiel soll diese Aspekte verdeutlichen:

11 http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/arbzg/gesamt.pdf (Zugriff am 01.06.2015)
12 http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stvo_2013/gesamt.pdf (Zugriff am 01.06.2015)
13 http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf (Zugriff am 01.06.2015)

Einsatzbeispiel

Mehrere Fahrzeuge des Rettungsdienstes werden zu einem Einsatz in einem städtischen Gymnasium disponiert. Dort soll eine noch unbekannte Anzahl von Verdächtigen Schusswaffen eingesetzt haben; die Zahl der verletzten Schüler und Lehrkräfte ist zum Zeitpunkt der Alarmierung nicht bekannt. Polizeikräfte sind offenbar noch nicht vor Ort. Die Leitstelle weist die Fahrzeuge zur Aufstellung in einem Bereitstellungsraum in 200 Metern Entfernung vom Einsatzort an; ein Vorrücken zum eigentlichen Notfallort soll zunächst nicht erfolgen.

Die Einsatzmeldung lässt auf ein besonders zeitkritisches Notfallereignis schließen: Betroffene könnten potenziell lebensbedrohliche Verletzungen wie von außen nicht stillbare Blutungen innerer Organe erlitten haben, die einer sofortigen operativen Behandlung in einer Klinik bedürfen. Die gleichzeitig bestehenden Gefahren für die Rettungskräfte lassen dagegen zunächst nur ein abwartendes Handeln zu, und an diesem kritischen Punkt kann ein ethischer Konflikt gegeben sein. Abgemildert wird dieser durch die klare Weisung der Leitstelle, zunächst nicht den Einsatzort anzufahren; zudem ist, wie im Gesetz aufgeführt, von einer erheblichen eigenen Gefährdung auszugehen, sodass der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung nicht greifen würde.

Grundsätzlich lassen sich derartige Konflikte nur lösen, wenn Sicherheitsstandards definiert wurden *und in der spezifischen Situation von allen Beteiligten eingehalten werden.* Auf diesen Aspekt wird in Kapitel 22.3 detailliert eingegangen.



Merke:

Kein Mitarbeiter darf sich aus Angst vor dem Vorwurf einer unterlassenen Hilfeleistung in Gefahr begeben!

22.2.2 Aus- und Weiterbildungsordnungen

Regelungen für das Rettungsfachpersonal

Zu den wichtigsten Voraussetzungen für sachgerechtes Handeln, insbesondere unter hohem Zeitdruck, gehören die qualifizierte Erstausbildung bzw. Weiterbildung und regelmäßige, strukturierte Fortbildungs-Veranstaltungen.

Im Rahmen der Erstausbildung von Rettungsfachpersonal wurde die in diesem Kapitel beschriebene Thematik jahrzehntelang kaum berücksichtigt. Ausnahmen bildeten die vor allem in den nördlichen Bundesländern mit der Notfallrettung beauftragten Berufsfeuerwehren, die ihren Mitarbeitern die Grundsätze für den Umgang mit Gefahren am Einsatzort im Rahmen der feuerwehrtechnischen Ausbildung vermittelten.

In der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrV)[14], die im Hinblick auf das Berufsbild des Notfallsanitäters erarbeitet wurde, sind die Begriffe „Selbstschutz", „Selbstgefährdung" und „Ethik" nicht enthalten. Dennoch finden sich entsprechende Inhalte, wenn z.B. zu dem Themenbereich „Notfallsituationen bei Menschen aller Altersgruppen sowie Gefahrensituationen erkennen, erfassen und bewerten" aus-

14 http://www.gesetze-im-internet.de/notsan-aprv/index.html (Zugriff am 01.06.2015)

geführt wird, dass die Schülerinnen und Schüler dazu befähigt werden sollen, *„unter Beachtung der Lage vor Ort und möglicher Gefahren* Maßnahmen zur Erkundung einer Einsatzstelle durchzuführen" und *„die eigenen Grenzen insbesondere im Hinblick auf die Gefährdungslage*, die Zahl der betroffenen Personen oder die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten." *(Hervorhebungen durch den Autor).*

Diesbezügliche Hinweise finden sich noch in drei weiteren Themenbereichen innerhalb der APrV, sodass davon auszugehen ist, dass die angehenden Notfallsanitäter im Hinblick auf Selbstschutz und Selbstgefährdung umfassend vorbereitet sein werden.

Ebenso wichtig ist es, für die bereits ausgebildeten Mitarbeitenden im Rettungsdienst passende Fortbildungs-Angebote zu schaffen, mit deren Hilfe eine entsprechende Sensibilisierung erfolgen kann: Die meisten Bundesländer sehen pro Mitarbeiter einen Fortbildungsumfang von 30 Stunden jährlich vor. Die Teilnahme wird als Arbeitszeit angerechnet und die entsprechenden Programme werden von den Kostenträgern refinanziert. Neben Pflicht-Bestandteilen wie Hygiene und Arbeitsschutz können die Aufgabenträger fakultative Anteile, auch zu Themen der Ethik in der Notfallmedizin berücksichtigen.

Regelungen für Notärzte

Die kürzlich angepassten Inhalte für die Weiterbildung zum Notarzt berücksichtigen ebenfalls entsprechende Inhalte. So widmet sich der Abschnitt 6 des Kursbuchs Notfallmedizin (Bundesärztekammer 2014) der *„Erstversorgung unter erschwerten Bedingungen"* (s. Tab. 26).

Im Abschnitt 28 „Psychosoziale Notfälle, Krisenintervention" werden den angehenden Notärzten die Grundlagen dieser Themenbereiche mit dem Ziel vermittelt, dass diese *„die Ursachen und Besonderheiten, auch hinsichtlich ihres eigenen Verhaltens im Einsatz, bei psychosozialen Notfällen im Notarztdienst und ggf. zur sofortigen Krisenintervention erlernen."*

Tab. 26 Erschwerende Faktoren bei der Patientenversorgung (zitiert nach Bundesärztekammer 2014)

Hindernis	Beispiel
Umgebungsbedingungen Notfallort	z.B. Wasser, Wald, Sumpf, Steilhang, Kälte, Hitze Distanz Notfallort – Rettungsmittel Gefährdende Umgebung (Feuer, gefährliche Stoffe und Güter, Gas, Strom, Einsturzgefahr, Silo etc.)
Erschwerter Zugang zum Patienten	Einklemmung bei z.B. Verkehrs-, Industrie-, Baustellenunfall, Inadäquate Behandlungsräumlichkeit (Enge, Dunkelheit, Lärm, Großveranstaltung, Zusatzgefahren etc.)
Soziale Faktoren	Nicht kooperationsfähiger Patient (Hypoglykämie, Intoxikation, Psychose) Nicht kooperationswilliger Patient (Behandlungs-/Informationsverweigerung, Transportverweigerung) Aggressiver Patient, aggressives Milieu (Kriminalität, Alkohol, Drogen etc.)
Inadäquate Erwartungen	Patient, Angehörige, Kollegen, Behörden etc.
Inadäquate Ausstattung der Rettungsmittel, inadäquate Assistenz	

Erstmalig wird auch der Punkt „Folgen fehlerhafter Behandlungen für den Mitarbeiter“ in diesem Kursbuch diskutiert (s. Abschnitt „Second Victim“).

Abschließend greift auch der einstündige theoretische Abschnitt „Einsatztaktik“/Koordination der medizinischen mit der technischen Rettung“ entsprechende Inhalte wie das Arbeiten in Gefährdungsbereichen (z.B. Feuer, Explosionsgefahr, gefährliche Stoffe und Güter, Elektrizität, Strahlung, Ein- oder Absturzgefährdung) auf.



Merke:

Die Sensibilisierung von Fachpersonal und *Notärzten ist elementar, damit alle Mitglieder des Rettungsteams am Einsatzort sich der spezifischen Gefahren bewusst sind.*

Aus diesem Grund sollten auch für bereits langjährig im Einsatz befindliche Notärzte entsprechende Fortbildungsinhalte angeboten werden.

22.3 Einhalten von Sicherheitsstandards

Allen Sicherheitsstandards ist, wie eingangs dargestellt, gemeinsam, dass diese Vorgaben ihre Wirkung nur entfalten können, wenn sie im Realeinsatz befolgt werden. Die wichtigste Frage lautet daher: Wie kann eine Umsetzung unter den schwierigen Bedingungen der Notfallmedizin erfolgen?

Diese Frage lässt sich am besten beantworten, wenn der Prozess der Notfallrettung in drei Abschnitte unterteilt wird: in die Phase *vor* dem Einsatz; den eigentlichen Notfalleinsatz und drittens die Phase der Einsatznachbereitung.

22.3.1 Vermittlung von Sicherheitsstandards im Rahmen der Einsatzvorbereitung

Die Verantwortung in Bezug auf die Sicherheit am Arbeitsplatz liegt bei der obersten Leitung und ist nicht delegierbar. Das bedeutet nicht, dass diese sämtliche Prozesse selbst erarbeiten und vermitteln muss. Sie muss jedoch die Bedingungen dafür schaffen, dass dieses passiert.

Neben juristischen Normen bilden viele standardisierte Kurskonzepte, zum Beispiel zur Versorgung Schwerverletzter, Sicherheitsstandards ab; häufig an exponierter Stelle am Beginn des entsprechenden Versorgungs-Algorithmus. Diese Standards sind auch in die im Zuge der Einführung des neuen Berufsbildes „Notfallsanitäter“ erstellten Algorithmen für die präklinische Versorgung integriert worden. Beispielhaft sei hier die landesweit gültigen Vorgaben der „Arbeitsgemeinschaft Notfallsanitäter-Umsetzung Niedersachsen; AG NUN“ (2014) genannt (s. Abb. 11). Ähnliche Inhalte finden sich in den weit verbreiteten Therapieempfehlungen der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte (AGNN 2015) und den Regelungen vieler anderer Bundesländer. Aufgabe der Rettungsdienst-Träger, vertreten durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) und der Schulen ist es, diese Algorithmen, ggf. angepasst an regionale Besonderheiten gemeinsam mit den Beauftragten im Rettungsdienst zu implementieren und deren Einhaltung mittels Maßnahmen des Qualitätsmanagements zu überprüfen.



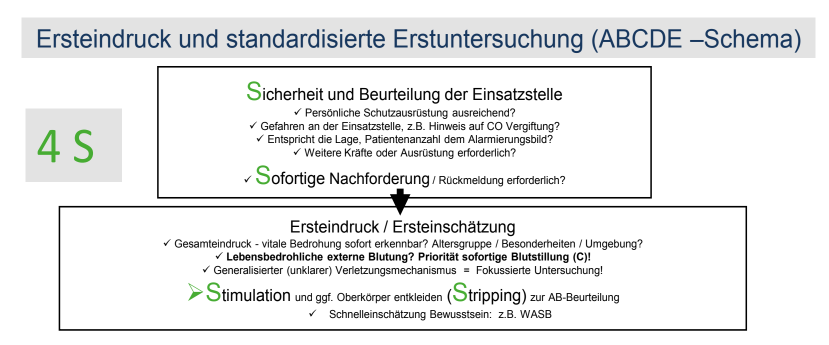


Abb. 11 Auszug aus den Rahmen-Algorithmen der AG NUN (2014, mit freundlicher Genehmigung)

22.3.2 Einhaltung von Sicherheitsstandards im Einsatz

Damit Einsatzkräfte sich trotz hohen Handlungsdrucks, z.B. nach einem Gewaltverbrechen, nicht in Gefahr begeben, sollten einige Prinzipien beachtet werden, deren Anwendung grundsätzlich in jedem Notfalleinsatz sinnvoll und möglich ist. Der Oberbegriff, unter dem diese Prinzipien zusammengefasst werden, lautet „Crew Resource Management“ (CRM); von einigen Autoren wird auch die alternative Begrifflichkeit des „Crisis ...“ oder „Team Resource Management“ favorisiert.

Die sog. „CRM-Pyramide“ (s. Abb. 12) stellt die Einzel-Komponenten dieses Konzepts dar (Rall et al. 2013).

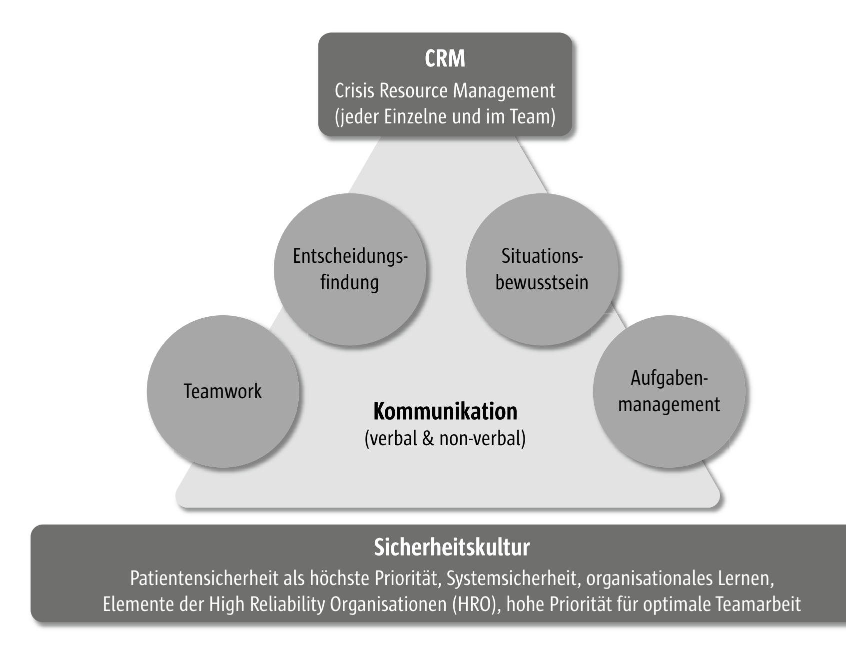


Abb. 12 Die CRM-Pyramide (nach Rall u. Lackner 2010, mit freundlicher Genehmigung der Springer-Verlag GmbH)

Eines der Kernprinzipien des CRM, die sog. „10-für-10-Regel“ (s. Abb. 13), ist im Hinblick auf den Selbstschutz des Einsatzpersonals besonders hilfreich: Diese bezeichnet ein kurzes (zehn Sekunden) gedankliches Zurücktreten aus der Akutsituation mit dem Ziel, die erforderlichen Schritte für die nächsten zehn *Minuten* zu durchdenken und innerhalb des Teams abzustimmen. Auf diese Weise werden Fixierungsfehler vermieden, aber auch Gefährdungen können kurz reflektiert und das daraus resultierende Vorgehen kann abgestimmt werden.

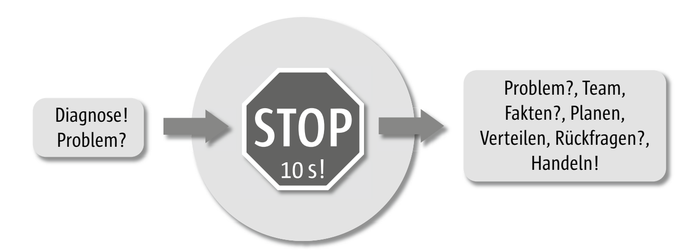


Abb. 13 Zehn-für Zehn-Regel (nach Rall u. Lackner 2010, mit freundlicher Genehmigung der Springer-Verlag GmbH)

Daneben favorisiert das CRM-Prinzip den Einsatz von Checklisten, der bei richtiger Umsetzung die Sicherheit in der operativen Medizin signifikant erhöht (Haynes et al. 2009) und auch in der Notfallmedizin praktikabel ist (Marung et al. 2014). Zudem propagieren die Autoren das frühzeitige Hinzuziehen von personeller Unterstützung; dieses ist im Notfalleinsatz zwar nicht so einfach umsetzbar wie unter klinischen Bedingungen. Dennoch kann die situationsgerechte Hinzuziehung von Feuerwehr, Polizei, Pädiater, Giftnotruf etc. zur Erhöhung der Sicherheit und damit der eigenen Handlungsfähigkeit beitragen. Eine weitere taktische Maßnahme zur Erhöhung der eigenen Sicherheit ist die Beschränkung der Erstversorgung am Notfallort; insbesondere bei Einsätzen, in denen eine Kontamination der Einsatzstelle oder sogar ein physischer Angriff auf die Helfer nicht ausgeschlossen werden können.

Dass in diesem Zusammenhang auch eine funktionierende Teamarbeit von großer Bedeutung ist, liegt auf der Hand. Im Detail wird dieses Thema in Kapitel 17 dargestellt.

22.3.3 Sicherheitsstandards und Einsatznachbereitung

Nachbesprechungen kritischer Einsätze sind in Deutschland noch nicht flächendeckend etabliert, haben sich aber als Instrument zur Aufarbeitung gut bewährt. Sie können entweder direkt im Anschluss an einen Notfalleinsatz erfolgen („hot debriefing“) oder mit etwas zeitlichem Abstand („cold debriefing“). Beide Methoden haben spezifische Vor- und Nachteile (Couper et al. 2013): Besprechungen unmittelbar nach dem Einsatz finden immer unter dem Vorbehalt der Alarmierung zu einem Folgeeinsatz statt. Zudem kann es den Beteiligten schwer fallen, das gerade Erlebte objektiv zu bewerten. Besprechungen mit zeitlichem Abstand können organisatorisch schwierig zu organisieren sein, z.B. aufgrund von unterschiedlichen Schichtplänen.



Merke:

Je komplexer die Einsatzsituation, desto wichtiger ist es, dass eine Besprechung stattfindet und von hierfür ausgebildeten Kräften, z.B. der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) geleitet wird.

Wichtige Hinweise und Empfehlungen hierzu finden sich in einer Publikation des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2012).

Die regelmäßige Durchführung von Fallbesprechungen, die in vielen Kliniken mittlerweile realisiert wird, kann auch im Bereich der Notfallmedizin dazu beitragen, dass eine größere Anzahl von Mitarbeitern aus kritischen Einsätzen lernt, auch wenn sie persönlich nicht unmittelbar beteiligt waren (Teixeira et al. 2007). Auch die anonyme Meldung kritischer Ereignisse, z.B. im Rahmen sog. „Critical Incident Reporting Systeme" (CIRS) führt zu mehr Transparenz in Bezug auf selbstgefährdende Ereignisse (Hohenstein et al. 2014). Insofern ist es zu begrüßen, dass im Jahr 2015 in Bayern ein Modellprojekt zur landesweiten Erfassung kritischer Ereignisse im Rettungsdienst initiiert wurde, das vom Institut für Notfallmedizin und Medizin-Management (INM) der Ludwig-Maximilians-Universität München wissenschaftlich begleitet wird.

22.4 Überforderung des Retters

Überforderung entsteht, wenn die Kompensationsmechanismen eines Individuums erschöpft sind. Dass dieses eintritt, kann selbst bei Einhaltung aller oben beschriebenen Maßnahmen niemals völlig ausgeschlossen werden. Die Folgen für den Betroffenen sind u.a. Konzentrationsprobleme, Reizbarkeit und Schlafstörungen, die in einer Einengung des Denkens und Verhaltens, der sog. „kognitiven Notfallreaktion" münden können (St. Pierre et al. 2011). Hierbei nehmen die Betroffenen in komplexen Situationen unbewusst Vereinfachungen und Fehlbewertungen vor, was zu falschen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und damit zu einer Gefährdung von Patienten, Mitarbeitern und Dritten führen kann.

Wichtig ist, dass in derartigen Fällen professionell und im Sinne aller Beteiligten gehandelt wird, wobei auch hier die Verantwortung in erster Linie bei der Leitung der betreffenden Organisation liegt.

Ein Sonderfall liegt dann vor, wenn ein Mitarbeiter infolge eines ihm selbst unterlaufenen Fehlers in eine Überforderungssituation gerät, er also zum „zweiten Opfer" (engl. „second victim", Wu 2000) wird. Für derartige Situationen haben erste medizinische Fachgesellschaften Handlungsempfehlungen entwickelt, die in vorbildlicher Weise die erforderlichen Maßnahmen beschreiben (Bock et al. 2013).

Kernbotschaften für die Praxis

- *Rettungsfachpersonal und Notärzte sollen gleichermaßen für das Thema „Selbstgefährdung und Selbstschutz" sensibilisiert werden.*
- *Die Verantwortung hierfür liegt bei der Leitung der Institution, die den Mitarbeiter beschäftigt.*

- *Die Anwendung strukturierter Maßnahmen im Rahmen der Einsatzvorbereitung, im Einsatz selbst und in der Phase der Einsatznachbereitung kann das Sicherheitsniveau nachhaltig erhöhen.*

Literatur

Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte (AGNN) (2015) Therapieempfehlungen für die Notfallmedizin. Verlag Schmidt-Römhild, Lübeck

Arbeitsgemeinschaft Niedersächsische Umsetzung Notfallsanitäter (AG NUN) (2014) Aus- und Fortbildung Notfallsanitäter. Anlage Rahmen-Algorithmen Niedersachsen. www.mi.niedersachsen.de/download/92677 (Zugriff am 01.06.2015)

Bengel J, Heinrichs M (2004) Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In: Bengel J (Hrsg.) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. 2. Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg

Bock RW, Biermann E, Wulff H (2013) Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen. Anästh Intensivmed 54: 490–494

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2012) Psychosoziale Notfallversorgung. Qualitätsstandards und Leitlinien (Teil I und II). 3. Auflage, Bonn

Bundesärztekammer (2014) Muster-Kursbuch Notfallmedizin. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/MKBNotfallmedizin2014.pdf (Zugriff am 01.06.2015)

Couper K, Salman B, Soar J, Finn J, Perkins GD (2013) Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med; 39: 1513–1523

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MCM, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; for the Safe Surgery Saves Lives Study Group (2009) A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 29; 360: 491–499

Hohenstein C, Hempel D, Schultheis K, Lotter O, Fleischmann T (2014) Critical incident reporting in emergency medicine: results of the prehospital reports. Emerg Med J; 31: 415–418

Marung H, Schmidbauer W, Tietz M, Genzwuerker, Kerner T (2014) Use of checklists facilitates guideline adherence in prehospital emergency care. Resuscitation 85: S65

Rall M, Koppenberg J, Hellmann L, Henninger M (2013) Crew Resource Management und Human Factors. In: Moecke H, Marung H, Oppermann S (Hrsg.) Praxishandbuch Qualitäts- und Risikomanagement im Rettungsdienst. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 149–157

Rall M, Lackner CK (2010) Crisis Resource Management (CRM). Der Faktor Mensch in der Akutmedizin. Notfall Rettungsmed 13: 349–356

Robert Koch-Institut (2007) Anforderungen der Hygiene an den Krankentransport einschließlich Rettungstransport in Krankenkraftwagen. In: Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Elsevier, Urban & Fischer, München

Schlechtriemen T, Armbruster W, Adler J, Bartha C, Becker K, Höhn M, Kubulus D, Morbe A, Reeb R, Schmidt D, Steiner P, Wrobel M (2014) Herausforderung Notarztdienst – Weiterbildungskonzept für ein anspruchsvolles ärztliches Tätigkeitsfeld. Notfall & Rettungsmedizin 17(1): 39–45

St. Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C (2011) Stress: Ärzte unter Strom. In: St. Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C (Hrsg.) Notfallmanagement – Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, Springer, S. 133–152

Teixeira PG, Inaba K, Hadjizacharia P, Brown C, Salim A, Rhee P, Browder T, Noguchi TT, Demetriades D (2007) Preventable or potentially preventable mortality at a mature trauma center. J Trauma 63(6): 1338–46

Wu AW (2000) Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 320: 726–727



Dr. med. Hartwig Marung

Studium der Humanmedizin in Marburg und Kiel. Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie am Städtischen Klinikum Braunschweig. Von 2011–2015 Oberarzt am Institut für Notfallmedizin der Asklepios Kliniken Hamburg. Seit September 2015 Oberarzt und Leiter des Bereichs Qualitätsmanagement am Institut für Rettungs- und Notfallmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH). Schwerpunkte: Qualität und Sicherheit in der Notfallmedizin.

23 Erst kommt das Fressen, dann die Moral – Geordnete Arbeitsverhältnisse als Voraussetzung, sich mit ethischen Fragen angemessen zu befassen

Michael Gommel

Eine wichtige Grundlage der guten Patientenversorgung ist die angemessene Beschäftigung mit der ethischen Dimension des medizinischen Handelns durch die am Behandlungsprozess Beteiligten. Eine der Bedingungen für das Gelingen dieser ethischen Reflexion im klinischen Alltag kann mit einem bereits in den 1950er-Jahre erdachten und später weiterentwickelten Modell zur Integration von Individuum und Organisation beschrieben werden. Ethische Reflexion kann als menschliches Bedürfnis verstanden werden, das in der Lage ist, intrinsische Motivationskraft zu entfalten. Im Folgenden werden einige Annahmen, die auf die Maslowsche Theorie der menschlichen Bedürfnisse zurückgehen, in ihrer Bedeutung für das Gelingen ethischer Reflexion im klinischen Alltag erläutert.

23.1 Bedürfnisse motivieren zum Handeln

Mit dem Aufleben der Human-Ressourcen-Ansätze in der Mitte des 20. Jahrhunderts wurde erkannt, dass Menschen auch in Arbeitszusammenhängen von ihren *Bedürfnissen* beeinflusst werden, und dass diese Bedürfnisse Menschen zum Handeln motivieren. Solche Bedürfnisse – Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen und Erwartungen im Zusammenhang mit der Arbeit – gibt es in allen Arten von Arbeitssituationen, so auch in Kliniken. Die Bedürfnisse der Menschen werden dabei nicht als gleichberechtigt wahrgenommen, sondern können hinsichtlich der Dringlichkeit ihrer Befriedigung in Gestalt einer *Bedürfnispyramide* [Maslow 1954] gruppiert werden (s. Abb. 14). Je höher ein Bedürfnis in der Pyramide steht, desto später tritt es in der Entwicklung des Individuums auf, und umso größer ist seine individuelle und soziale Gestaltungsbreite.

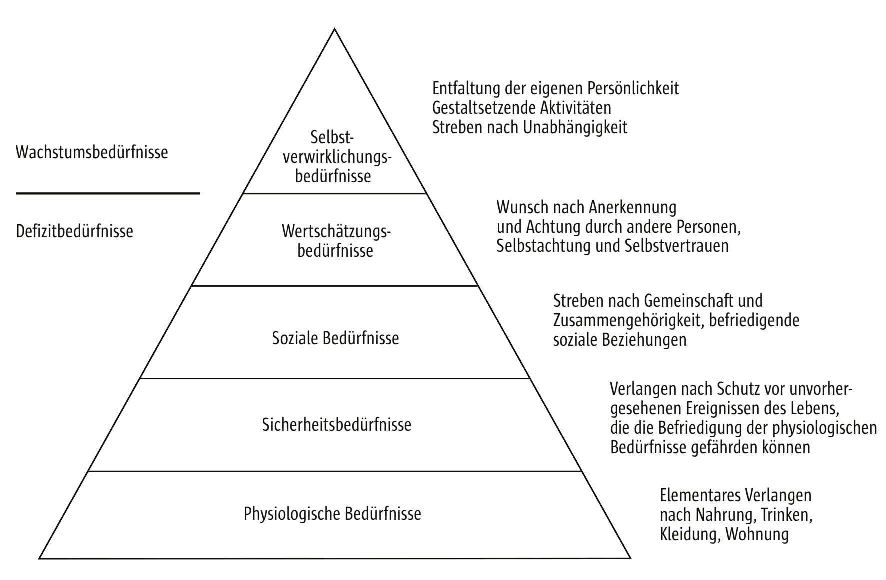


Abb. 14 Maslowsche Bedürfnispyramide

Zwei Prinzipien helfen, die *Motivation* zur Stillung der Bedürfnisse zu verstehen:

- Das **Defizitprinzip** besagt, dass nur unbefriedigte Bedürfnisse uns zu entsprechendem Handeln anregen.
- Das **Progressionsprinzip** drückt aus, dass menschliches Handeln durch das hierarchisch niedrigste, unbefriedigte Bedürfnis motiviert wird.

Sobald dieses Bedürfnis durch entsprechendes Handeln befriedigt ist, geht von ihm kein Handlungsanreiz mehr aus. Es wird das nächst höhere unbefriedigte Bedürfnis aktiviert, das wiederum seine intrinsische Motivationskraft entfaltet. Bei den physiologischen Bedürfnissen wird dabei nicht die aktuelle Befriedigung eines drängenden Bedürfnisses (z. B. Hunger) verstanden, sondern die dauernde Sicherstellung der Möglichkeit (z. B. sich mit Nahrungsmitteln versorgen zu können). Die Bedürfnisse, deren Unbefriedigtheit uns Unbehagen bereitet, nennt Maslow *Defizitbedürfnisse*; sie können vollständig gesättigt werden. Ihre Befriedigung errichtet, sichert und festigt das Selbst im Zustand der Abhängigkeit von äußeren Faktoren.

Die Befriedigung eines *Selbstverwirklichungsbedürfnisses* hingegen öffnet und erweitert das Individuum und fördert seine Unabhängigkeit, indem es neue Möglichkeiten zur Ausgestaltung von Selbst und Umwelt sucht und erschafft. Diesem Streben nach Selbstverwirklichung und nach Entfaltung der eigenen Persönlichkeit ist potenziell keine Grenze gesetzt, was in der Bezeichnung *Wachstumsbedürfnisse* zum Ausdruck gebracht wird.

23.2 Bedürfnisbefriedigung macht wahrnehmungsfähig

Der Wunsch nach Respektierung eigener moralischer Vorstellungen und Werte ist ein hochrangiges Wertschätzungsbedürfnis. Der Wunsch nach Gestaltung der Arbeitsumwelt, die auf solchen Werten und Idealen basiert, kann wie auch die ethi-

sche Reflexion – verstanden als autonome, kritische Reflexion bestehender eigener und neu erfahrener fremder Wertvorstellungen – als Selbstverwirklichungsbedürfnis interpretiert werden.

Betrachtet man die Motivation zur Befriedigung von Wachstumsbedürfnissen unter Berücksichtigung von Defizit- und Progressionsprinzip, führt dies zu einer interessanten Erkenntnis: Erst wenn die vorgeordneten Defizitbedürfnisse angemessen befriedigt sind, besteht für ein Individuum die Möglichkeit, sich überhaupt mit der Befriedigung seiner Wertschätzungs- und Selbstverwirklichungsbedürfnisse zu beschäftigen. Auf die ethische Dimension des klinischen Alltags übertragen, heißt dies: Erst wenn – mindestens – die im Arbeitskontext auftretenden sozialen Bedürfnisse und Sicherheitsbedürfnisse der Mitarbeitenden angemessen befriedigt sind, entsteht eine Bereitschaft, sich auf das Einbringen eigener Wertvorstellungen und auf ethische Reflexion einzulassen.

Umgekehrt formuliert: Kein Mitarbeiter im Krankenhaus fühlt sich *intrinsisch motiviert*, über ethische Fragestellungen des klinischen Alltags zu reflektieren, wenn im Team keine wertschätzende, anerkennende Grundhaltung herrscht, wenn Kommunikationsprobleme die sozialen Beziehungen dominieren, oder die berufliche Entwicklung im Ungewissen liegt (s. Abb. 15). Die so belasteten Individuen fokussieren ihre Aufmerksamkeit auf das am niedrigsten liegende Defizit und sind bestenfalls motiviert, dieses zu befriedigen, bevor sie überhaupt aus der Wahrnehmung eines darüber liegenden ungestillten Bedürfnisses Motivationskraft gewinnen können. Das schadet sowohl den Mitarbeitenden individuell, der Zusammenarbeit im Team und nicht zuletzt auch den Patienten, für deren Bedürfnisse die Sensibilität verloren geht, wenn die eigenen Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden. Die im Titel genannten *geordneten Arbeitsverhältnisse* beziehen sich auf genau jene Defizitbedürfnis-

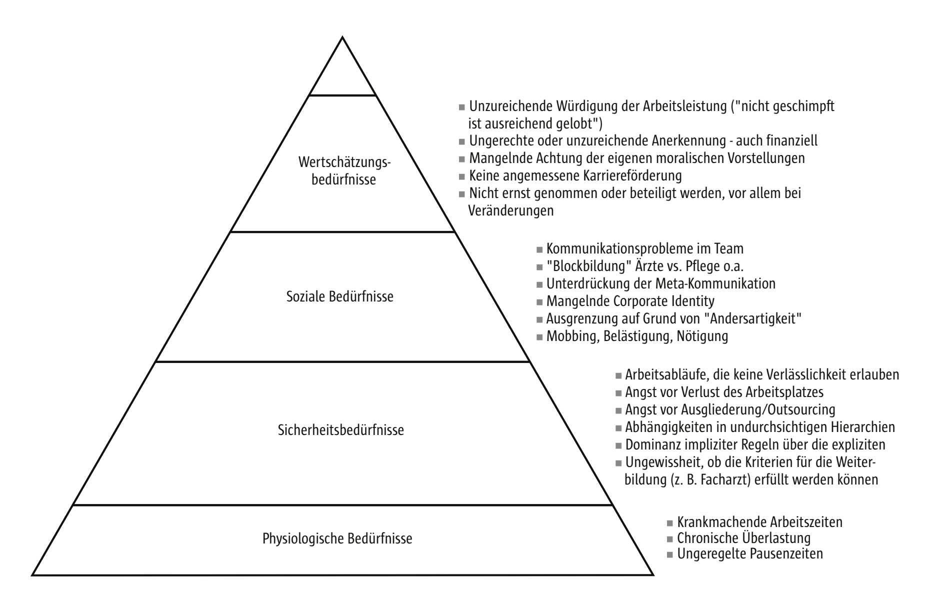
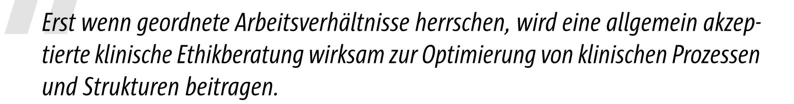


Abb. 15 Einige Probleme des klinischen Arbeitsalltags, die die Beschäftigung mit medizinethischen Anliegen gefährden

se – Sicherheitsbedürfnisse, soziale Bedürfnisse und weitere Wertschätzungsbedürfnisse –, die befriedigt sein müssen, damit die Mitarbeiter überhaupt einen Sinn in der Beschäftigung mit ethischen Fragestellungen im klinischen Alltag sehen können. Etwas verkürzt mit Brecht gesprochen: Erst kommt das Fressen, dann die Moral.

23.3 Nur wertgeschätzte Mitarbeitende können mit Patienten wertschätzend umgehen

Diese Einsicht ist besonders wichtig, wenn klinische Ethikberatung mit dem Ziel implementiert wird oder wurde, bestimmte Aufgaben effizient zu erfüllen, wie sie z. B. die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer vorschlägt [Neitzke 2008]. Geringe Akzeptanz, Nichtinanspruchnahme oder offene Ablehnung von Ethikberatung oder Gleichgültigkeit ihr gegenüber müssen nicht zwingend auf ein Versagen der Institution während oder nach der Implementierung selbst hinweisen, sondern können ein Anzeichen dafür sein, dass viele Mitarbeiter von ganz anderen Sorgen geplagt werden [Dörries 2008]. Wenn die Mitarbeitenden ihre tägliche Arbeit als Beeinträchtigung ihrer Bedürfnisse oder gar als Wohlfahrtsverlust empfinden, wenn sie von Strukturen innerhalb der Organisation oder Führungspraktiken frustriert werden und zur inneren Emigration übergehen oder gar in großer Zahl den Arbeitsplatz wechseln, hat die Organisation ein viel größeres Problem als die Implementierung klinischer Ethikberatung: Sie verschwendet Mitarbeiter-Ressourcen und ist nicht zur optimalen Patientenversorgung in der Lage. Hier kann eine systemische Organisationsberatung die Mitarbeiter dabei unterstützen, defizitäre Bedürfnisse zu identifizieren und ihre eigenen Lösungen für deren Befriedigung zu finden.



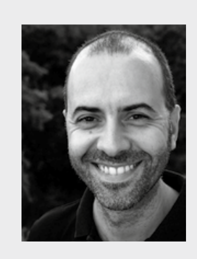
Erst wenn geordnete Arbeitsverhältnisse herrschen, wird eine allgemein akzeptierte klinische Ethikberatung wirksam zur Optimierung von klinischen Prozessen und Strukturen beitragen.

Literatur

Dörries A (2008) Ethik im Krankenhaus. In: Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J (Hrsg.) Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch. Kohlhammer, Stuttgart, S. 13–23

Maslow A (1954) Motivation and Personality. New York

Neitzke G (2008) Aufgaben und Modelle von Klinischer Ethikberatung. In: Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J (Hrsg.) Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch. Kohlhammer, Stuttgart, 58–75



Dipl.-Biol. Dr. biol. hum. Michael Gommel

Herr Dr. Gommel arbeitet seit 1995 als Medizinethiker in Aus-, Fort- und Weiterbildung an Universitäten, Kliniken und Akademien und als Berater für Organisationen im Gesundheitswesen. Seit 2009 hat sich sein Arbeitsschwerpunkt auf die Fortbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses und die Beratung von Forschungseinrichtungen in „guter wissenschaftlicher Praxis“ verlagert.

Er ist ausgebildeter Systemischer Coach und Prozessberater (die Ausbildung ist vom DBVC anerkannt) und hat eine zertifizierte didaktische Qualifikation.

24 Umgang mit Fehlern

Thomas Fleischmann

It's human to err, to forgive is divine. Neither is Marine policy.
Motto des United States Marine Corps

24.1 Einleitung

Was hat dieser etwas rüde Satz mit dem Umgang mit Fehlern in der Medizin, speziell der Notfallmedizin, zu tun? Vielleicht etwas mehr, als man gern hätte, denn der Umgang mit Fehlern in der Medizin unterscheidet sich bei nüchterner Betrachtung manchmal gar nicht so sehr von der Einstellung des United States Marine Corps. In beiden Bereichen nimmt man für sich in Anspruch, ziemlich fehlerfrei vorzugehen, und in beiden Bereichen werden Fehler eher nicht verziehen, auch wenn dies ethisch noch so hochstehend wäre.

Auch wenn in den letzten Jahren im Gesundheitswesen ein neues Bewusstsein im Umgang mit Fehlern wächst, so findet sich immer noch die Personalisierung von Fehlern als eine nicht selten ergriffene Reaktionsweise, auch wenn dies ethisch und sachlich oft falsch ist. Ein vermeintlich Schuldiger wird dann manchmal schnell gefunden oder bestimmt. Jenem Menschen wird die Schuld am Geschehen mit all seinen Folgen aufgeladen, was gleichzeitig zur Entlastung aller anderen Beteiligten dient, die es immer auch gibt (Reason 2000). So vorzugehen ähnelt sehr dem bereits im Buch Moses beschriebenen Sündenbock-Prinzip.

Das Personalisieren von Schuld ist eine offenbar tief im menschlichen Wesen wurzelnde Reaktion auf Fehler. Diese Denkweise mag psychologisch verständlich sein, sie ist aber nicht nur unethisch, sondern oft auch sachlich falsch, denn in der Mehr-

zahl der Fälle steht hinter der vermeintlich persönlichen Schuld eines Einzelnen das Versagen eines Systems (Reason 2000).

> **Es ist sehr viel einfacher und offenbar auch befriedigender, einem Einzelnen die Schuld zu geben als einem System (Reason 2000). Es ist aber sachlich meistens falsch, und es ist unethisch.**

Es gibt vor allem zwei bedenkliche Folgen der Personalisierung von Schuld: die Traumatisierung vermeintlich Schuldiger und das Unterlassen der Maßnahmen, die die Wiederholung des Fehlers vermeiden können. Im ersteren Fall geschieht dem vermeintlich Schuldigen Unrecht, im zweiten können künftige Patienten zu Schaden kommen. Beides ist ethisch nicht vertretbar.

Helfer, oft Ärzte, denen die Schuld an einem Fehler zugeschoben wird, leiden oft sehr (Wulf 2013). Gerade bei verantwortungsbewussten und hilfsbereiten Menschen mit hoher Motivation zum Helfen besteht nach einem Fehler oft eine erhebliche Bereitschaft, die Ursache tatsächlich bei sich zu sehen. Dies lässt sich manchmal selbst dann beobachten, wenn dies sachlich gar nicht richtig oder zumindest nicht angemessen ist. In diesen Fällen leidet dann unter Umständen nicht die Person mit dem höchsten Anteil am Geschehen, sondern die mit dem höchsten Verantwortungsgefühl. Die menschlich berührende, bei sachlicher Betrachtung oft aber zu relativierende Bereitschaft mancher Helfer, die Schuld bei sich zu suchen, kann dann unter ungünstigen Umständen auf eine nur zu gern schuldzuweisende Umgebung treffen. Manchmal bleibt die Wahrheit dann auf der Strecke und die Chance, aus einem Fehler zu lernen, wird vertan.

Die zweite ethisch und sachlich bedenkliche Folge der Personalisierung von Fehlern besteht darin, dass durch die Verschiebung auf eine Person der Blick davon abgewendet wird, dass hinter dem fehlerhaften Handeln eines Menschen oft in Wirklichkeit das Versagen eines Systems steht (Reason 2000). Wird dies nicht erkannt und demzufolge nicht auf der Systemebene gehandelt, dann ist die Gefahr groß, dass sich der Fehler wiederholt. Umgekehrt kann die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens eines Fehlers meist eher dadurch verringert werden, dass auf der Systemebene Änderungen vollzogen werden als dass Personen ausgetauscht werden (Reason 2000). Somit gebieten nicht nur der ethische, sondern auch der sachliche und der präventive Umgang mit einem Fehler in der Medizin eine Abwendung von der Personen-Ebene und eine Hinwendung zur System-Ebene (Rall et al. 2001).

Auch wenn beim Umgang mit Fehlern in der Medizin bisher vom Verhalten der Helfer die Rede war, so darf nie aus dem Licht der Aufmerksamkeit geraten, dass immer das Leid der Patienten im Mittelpunkt stehen muss. Sie sind es, an denen sich der Fehler verwirklicht, und sie müssen mit den Folgen eines Fehlers körperlich und seelisch leben. Es scheint in der conditio humana zu liegen, dass Schäden, die durch einen anderen Menschen zugefügt werden, wenn auch nicht willentlich, als viel schwerer empfunden werden, als wenn sie als schicksalhaft, als von außen kommend und unvermeidbar angesehen werden. Besonders schwer ist das Ertragen von Schäden durch Fehler, wenn sie von Menschen begangen werden, denen man nur zu gern vertraut oder vertrauen möchte, zum Beispiel Ärzten, Pflegekräften oder Mitarbeitern des Rettungsdienstes.

> *Beim Umgang mit Fehlern in der Medizin zeigen sich vor allem folgende ethische Aspekte:*
> - *Der Patient und seine Angehörigen haben ein ethisches (und juristisches) Recht, über das Geschehen angemessen und empathisch aufgeklärt zu werden.*
> - *Die betroffenen Helfer haben das ethische Recht, angemessen und empathisch behandelt zu werden, auch von ihren Mitarbeitern und Vorgesetzten.*
> - *Künftige Patienten haben ein ethisches Recht, dass Fehler sachlich analysiert und Maßnahmen ergriffen werden, die ihre Wiederholung vermeiden.*
>
> *Diese ethischen Ansprüche entsprechen den Werten:*
> - Ehrlichkeit *für betroffene Patienten*
> - Gerechtigkeit *für betroffene Helfer*
> - Schutz *für künftige Patienten*

Fallbeispiel 1: Gescheiterte Intubation und die Folgen

Dr. S., ein junger, engagierter und hilfsbereiter Arzt im ersten Jahr der Weiterbildung zum Internisten, übernimmt für einen Kollegen auf dessen Bitte hin einen Nachtdienst in der Notaufnahme. Es handelt sich um einen seiner ersten Nachtdienste dort. Gegen 2 Uhr wird Frau H. eingeliefert, 36 Jahre alt und alleinerziehende Mutter von zwei Kindern, da sie an einem schweren Asthma-Anfall leidet. Die von Dr. S. korrekt durchgeführte medikamentöse Therapie schlägt nicht an. Schließlich dekompensiert die Patienten rasch, wird zyanotisch und ist nicht mehr ansprechbar. Dr. S. versucht die nun hypoxische und bewusstlose Frau zu intubieren, was ihm nicht gelingt. Eine Beatmung mit Beutel und Maske scheitert am hohen Beatmungsdruck. Er unternimmt verzweifelt weitere Intubationsversuche, die ebenfalls scheitern. Frau H. ist nun bradykard und drucklos. Beim Eintreffen des Anästhesisten ist sie asystolisch. Frau H. wird nun intubiert, stirbt jedoch an der Hypoxie.

Dr. S., ein Arzt mit hohem Verantwortungsbewusstsein, ist schwer traumatisiert und quält sich mit Selbstvorwürfen. Er spricht so oft mit seinen Kollegen über die Ereignisse, dass sie anfangen, ihm aus dem Weg gehen. Sie beginnen seine aus seinem Verantwortungsbewusstsein geborenen Selbstzweifel zu glauben und halten ihn für schuldig an dem Geschehen. Seine Vorgesetzten fürchten eine hohe Schadenersatzklage und wenden sich frühzeitig von ihm ab. Sie melden den Vorfall der Versicherung und weisen darauf hin, dass ein anderer Arzt die Patientin intubieren konnte, sodass hier offenbar das beklagenswerte Versagen eines Einzelnen vorläge. Dr. S. kündigt nach einigen Wochen, seine berufliche Entwicklung verläuft für Jahre nur noch schleppend.

Dieses Fallbeispiel ist nicht erfunden, leider.

24.2 Fehler in der Notfallmedizin

Untersucht man Fehler in verschiedenen Bereichen der Medizin, so zeigt sich schnell, dass manche fehlerträchtiger sind als andere. Auf Intensivstationen geschehen pro Patient mehr Fehler als auf Normalstationen (Wachter 2012). Notfallmedizin scheint ein besonders risikoträchtiger Bereich der Medizin zu sein. Aufgrund der besonderen und von anderen Gebieten sehr unterschiedlichen Bedingungen dieser Tätigkeit, z.B. viele und unbekannte Patienten, anfangs wenige zuverlässige Informationen,

manchmal hohe Krankheits- oder Verletzungsschwere, nicht selten rasche Verschlechterungen, oft erhebliche Unklarheiten und atypische Präsentationen zu Beginn des Notfallgeschehens, erscheint dies gut nachvollziehbar (Cosby u. Croskerry 2009). Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Fehler in der Notfallmedizin, vielleicht sogar die Mehrheit, unerkannt bleiben dürfte. Vor allem in der präklinischen Notfallmedizin könnte ein ungünstiger Behandlungsverlauf nicht einem Fehler, sondern dem zugrund liegenden Krankheitsgeschehen zugeschrieben werden. Die Risiken und die Fehlerträchtigkeit der Tätigkeit in der Notfallmedizin sind aufgrund der dort herrschenden besonderen Bedingungen offenbar so hoch, dass einer der Pioniere der Patientensicherheits-Forschung die Notaufnahme als „natural laboratory for the study of error“ bezeichnet hat (Croskerry u. Sinclair 2001).

Über die tatsächliche Häufigkeit von Fehlern im Rettungsdienst ist nur wenig bekannt (St. Pierre u. Hofinger 2014). Fehlermeldeportale, wie z.B. www.CIRS-Notfallmedizin.de, erfreuen sich eines hohen Zuspruchs, lassen aber aus methodischen Gründen keinen Rückschluss auf die Häufigkeit kritischer Ereignisse im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Rettungsdiensteinsätze zu (Hohenstein et al. 2011). Critical Incident Reporting Systeme, CIRS, geben somit zwar keine Hinweise auf die tatsächliche Häufigkeit, wohl aber auf die Art der kritischen Ereignisse und geben Einsichten in die Fehler, die ihnen zu Grund liegen.

Bei der Analyse von fast 1.000 kritischen Ereignissen im Rettungsdienst zeigte sich, dass deren Ursache in 56% der Fälle auf das Verhalten der Helfer zurückzuführen war, während Materialprobleme nur in 20% der Fehler auftraten (Chaudhary et al. 2014). Ein nicht unerheblicher Teil der Materialprobleme kann jedoch z.B. auf mangelhafte Wartung zurückgeführt werden, sodass mittelbar auch hier Menschen als Verursacher beteiligt sind.

Analysiert man die Fehler, die auf das Verhalten der Helfer im Rettungsdienst zurückzuführen sind, so zeigt sich, dass 66% dieser kritischen Ereignisse durch unzureichende Kenntnisse und Erfahrung der Helfer entstehen (Chaudhary et al. 2014). Weitere Ursachen sind unzureichende Beherrschung der Arbeitstechniken (14%) und Kommunikationsprobleme (13%) (Chaudhary et al. 2014).

Fehler in der klinischen Notfallmedizin, den Notaufnahmen, sind besser untersucht als Fehler im Rettungsdienst (Cosby u. Croskerry 2009; Croskerry u. Sinclair 2001; Fordyce et al. 2003). In einer großen Beobachtungsstudie an fast 2.000 Patienten einer US-amerikanischen Notaufnahme fanden sich Fehler bei 18% der Patienten (Fordyce et al. 2003). Diese Rate liegt höher als bei Klinik-Patienten auf Normalstation (Wachter 2012). 22% der beobachteten Fehler betrafen diagnostische Prozeduren, 16% die Gabe von Medikamenten und 16% administrative Prozesse (Fordyce et al. 2003).

98% der Irrtümer im Emergency Department hatten jedoch keine schweren Folgen für den Patienten (Fordyce et al. 2003). Dies könnte im präklinischen Bereich anders sein. Nach einer vor kurzem erschienenen Studie hatten 15% der im Rettungsdienst geschehenen Fehler eine negative Auswirkung auf den Zustand des Patienten oder den Behandlungserfolg, 78% dieser Fehler hatten ihre Ursache bei den Helfern (Hohenstein et al. 2014).

Offenbar sind Fehler in der Notfallmedizin ein Thema, für die Patienten und für ihre Helfer. Fehler mögen in der Notfallmedizin vielleicht häufiger auftreten als in anderen Bereichen der Medizin, die ethische Beurteilung des Umgangs mit ihnen unterscheidet sich aber nicht, die ethischen Maßstäbe sind die gleichen.

Fehler sind in der Notfallmedizin offenbar nicht selten und sie belasten Patienten und ihre Helfer.

24.3 Ethischer Umgang mit Fehlern Patienten und Angehörigen gegenüber

Der ethische Anspruch, die Wahrheit zu sagen, ist in unserer Kultur hoch angesiedelt. Er ist besonders hoch im Gesundheitswesen und gerade von Ärzten wird erwartet, dass sie die Wahrheit sagen. Dies zeigt sich auch in rechtlichen Normen. So zwingt das Patientenrechtegesetz im § 630c BGB Ärzte dazu, Patienten vom Verdacht auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers zu informieren, wenn dadurch eine Gesundheitsgefahr abgewendet werden kann. Dies gilt nicht nur für Fehler, die ein Arzt selbst begangen hat, sondern auch dann, wenn ein Arzt einen Fehler eines anderen Arztes bemerkt.

Dennoch ist es für Ärzte offenbar oft schwer, Fehler zu offenbaren. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen (Moskop et al. 2006). So ist oft ist nicht vollkommen klar, ob wirklich ein Behandlungsfehler vorliegt. Ein weiterer wichtiger Grund könnte sein, dass bei vielen Helfern eine hohe Motivation zum Helfen vorliegt und es als schwer erträglich empfunden wird, doch einen Fehler begangen zu haben (Moskop et al. 2006). Ein an sich selbst oder von Kollegen gestellter Anspruch auf Fehlerlosigkeit begünstigt dann eher das Wegsehen als das Offenbaren. Auch die Hierarchie innerhalb der Medizin scheint ein Ansprechen von Fehlern eher zu behindern (St. Pierre et al. 2012). Weitere Widerstände können in der Angst vor der Reaktion der Patienten und ihrer Angehörigen, vor dem Verlust des Ansehens bei Kollegen, aber auch bei Freunden und Familie liegen (Moskop et al. 2006). Hinzu kommt Furcht vor rechtlichen Konsequenzen und inzwischen auch die Sorge vor dem Verlust des Versicherungsschutzes.

Alle diese Sorgen sind menschlich gut nachvollziehbar. Analysiert man die Hindernisse gegenüber dem Offenlegen eines Fehlers, so wird jedoch schnell klar, dass sie dem Interesse des Helfers dienen und nicht dem Patienten. Das Dilemma der Abwägung zwischen Eigenschutz und Ehrlichkeit ist zwar menschlich verständlich, aber ethisch meist auflösbar: Das höhere Gewicht dürfte in der Regel bei der Wahrheit liegen. Es ist nicht selten Kennzeichen eines ethischen Konfliktes, dass zwei Werte im konkreten Fall nicht vereinbar sind und ein moralisch gebotenes Verhalten, z.B. die Wahrheit sagen, zu negativen Konsequenzen, z.B. Haftung oder Strafe, für den Handelnden führen kann.

Für den betroffenen Helfer, der den Mut zum ethisch richtigen Vorgehen hat, wünscht man sich vor allem bei gravierenden Fehlerfolgen persönliche Eigenschaften und Werte, die den Betroffenen stabilisieren, und ein schützendes Umfeld durch Freunde und Familie. Wichtig sind aber auch Vorgesetzte, Kollegen und Mitarbeiter, die mehrere Tatsachen beachten, zum Beispiel:

- dass das Wohl des Patienten das höchste Gut ist
- dass ein Fehler auch ihnen selbst passieren kann
- dass künftigen Patienten am meisten dadurch geholfen werden kann, dass man den Fehler analysiert und Maßnahmen gegen eine Wiederholung einleitet
- dass auch ein Helfer durch einen Fehler sehr leiden kann.

> *Patienten und Angehörige haben ein ethisches und juristisches Recht auf die Offenlegung eines Fehlers.*

24.4 Ethischer Umgang mit Fehlern Helfern gegenüber

Fehler und Fehlerfolgen belasten in erster Linie die Patienten und ihre Angehörigen. Da aber zwischen Leid nicht wirklich abgewogen werden kann, sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass auch Helfer unter Fehlern leiden, die sie begangen haben oder die ihnen zugeschrieben werden. Das Leiden der Helfer hängt dabei sowohl von der Schwere des Fehlers und seiner Folgen als auch von der Persönlichkeit des Helfers ab. Die Folgen eines Fehlers können für den Helfer sehr schwer sein, und reichen von Gefühlen der Schuld, Scham oder Hilfslosigkeit über Depression und Verzweiflung bis hin zum Suizid (Wulf 2013). Weitere Folgen, wie Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit und erhöhte Ängstlichkeit, erhöhen die Wahrscheinlichkeit für erneute Fehler. Andere Folgen wie Alkohol- und Medikamenten-Abhängigkeit, Wechsel des Krankenhauses, der Tätigkeit oder Berufsaufgabe sind ebenfalls bekannt (Wulf 2013).

Kollegen und vor allem Vorgesetzten des betroffenen Helfers kommt insbesondere bei schweren Fehlern und Fehlerfolgen große Bedeutung zu: Sie können seine Traumatisierung verstärken oder sie mindern. Diese Rolle kommt ihnen zu, ob sie dies wollen oder nicht. Dies ist ihnen aber vielfach nicht bewusst. Dazu kommt, dass sie oft auf diese Aufgabe auch nicht vorbereitet sind. Der Umgang mit Fehlern ist in der Regel weder Thema der Weiterbildung noch der Vorbereitung für Führungsaufgaben. Angesichts der Häufigkeit und Bedeutung von Fehlern in der Medizin ist dies schwer nachvollziehbar. Das Wissen, wie man nach einem Fehler ethisch, psychologisch und juristisch angemessen vorgehen könnte, um Patienten und betroffenen Helfern gleichermaßen gerecht zu werden, ist jedoch durchaus vorhanden: Es gibt sehr gute Empfehlungen sowohl für Kollegen als auch für Vorgesetzte im Gesundheitswesen zum ethischen, psychologischen und juristischen Vorgehen nach einem Fehler (Wulf 2013). Man muss sich allerdings schon vorher mit ihnen vertraut gemacht haben, um nach einem Fehler sofort auf sie zurückgreifen zu können.

Es sind vor allem zwei ethische Aspekte, die beim Umgang mit Helfern, die einen Fehler begangen haben, berücksichtigt werden müssen: Gerechtigkeit und Barmherzigkeit. Gerechtigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass ein Personalisieren von Schuld vermieden werden muss. Dem liegt die Erkenntnis zu Grund, dass bei der großen Mehrzahl der Fehler nicht ein Mensch versagt hat, sondern ein System (Reason 2000). Fehler können auch dadurch geschehen, dass Personen von Vorgesetzten mit einer Verantwortung betraut werden, der sie noch nicht gewachsen sind (s.a. Fallbeispiel 1). Dies ist im Gesundheitswesen nicht vollkommen ungewöhnlich.

Manchmal überhöhen stark von Verantwortungsgefühl geprägte Helfer ihren Anteil an der Schuld mehr als dies angemessen ist, oder ihnen wird die Schuld sogar zugeschoben. Dann müssen sie vor sich und vielleicht auch vor anderen geschützt werden.

In all diesen Varianten kann die Einhaltung des ethischen Prinzips der Gerechtigkeit gefordert sein. Wie weit die Pflicht von Beobachtern und Vorgesetzten geht, sich für Gerechtigkeit einzusetzen, bleibt offen für eine intensive Betrachtung.

Sieht man, wie sehr gerade hochmotivierte und verantwortungsbewusste Helfer insbesondere bei schweren Fehlerfolgen leiden, und wie alleine gelassen sie sich oft nicht nur fühlen, sondern auch tatsächlich sind, liegt der christliche Wert der Barmherzigkeit sehr nahe. Mitgefühl mit Patienten *und* Helfern zu haben, Verständnis und Empathie für beide zu zeigen, sind hochstehende ethische Ansprüche in Situationen wie diesen. Manchmal lässt sich dies nach Fehlern in der Medizin in beeindruckender Weise beobachten, nicht ganz selten aber auch nicht.

> *Nicht nur Patienten, auch Helfer verdienen nach einem Fehler Gerechtigkeit und Barmherzigkeit.*

24.5 Ethischer Umgang mit Fehlern künftigen Patienten gegenüber

Bei Experten für Patientensicherheit ist unumstritten, dass die große Mehrzahl der Fehler in der Medizin nicht auf das Versagen einzelner Personen zurückzuführen ist, sondern auf das Versagen einzelner Bestandteile eines Systems (Croskerry u. Sinclair 2001; Rall et al. 2001; Reason 2000). Dies ist in der Notfallmedizin nicht anders als in anderen Bereichen der Medizin (Croskerry u. Sinclair 2001).

Wird diese Erkenntnis missachtet und die Schuld am Fehler einer einzelnen Person zugeschoben, sie also personalisiert, dann vergibt man die Chance, den Fehler auf der Systemebene zu analysieren und dort Maßnahmen zu treffen, die wesentlich wirkungsvoller sind als die Belehrung oder das Austauschen einer einzelnen Person (Croskerry u. Sinclair 2001; Rall et al. 2001; Reason 2000).

Die wahre Ursache vieler Fehler, die in der Medizin geschehen, liegt oft wesentlich tiefer als es auf den ersten Blick den Anschein hat. Es gibt standardisierte Verfahren, wie die Root Cause Analysis, die diese tiefen Ursachen aufdecken können. Wird auf dieser Ebene, der Systemebene, reagiert, dann sinkt die Wahrscheinlichkeit oft ganz erheblich, dass sich der Fehler wiederholt. Wird dies jedoch unterlassen, dann kann es geschehen, dass spätere Patienten unter dem gleichen Fehler zu leiden haben, der sich erneut verwirklicht hat, nur mit anderen Personen.

Somit besteht vor allem für die Vorgesetzten im Gesundheitswesen die ethische Verpflichtung, Fehler zur Kenntnis zu nehmen und zu analysieren, und Maßnahmen zu ergreifen, die die Wahrscheinlichkeit ihrer Wiederholung vermindern. Dazu ist jedoch erhebliche Sachkenntnis im Risk Management erforderlich.

Damit gelingt es aber, eine ‚Safety Culture' einzuführen, die das Gesundheitswesen auch in diesem Bereich zu einer rasch lernenden Organisation machen kann (Croskerry u. Sinclair 2001; Rall et al. 2001; Reason 2000). Künftigen Patienten bleiben dann manche Fehler erspart, die bereits anderswo geschehen sind. In einem weiteren Sinne dient dieses Vorgehen hochstehenden ethischen Prinzipien, wie dem ‚primum non nocere' von Scribenius Largus, der Nächstenliebe kommenden Patienten gegenüber und dem Schutz von Menschen, die ihren Helfern in einer Notfallsituation vertrauen.

Fallbeispiel 1 – Fortsetzung

Durch seine Kündigung erfährt Dr. S. nicht mehr, dass nach einigen Monaten Dr. H., ein erfahrener Risk Manager, als Berater in die Klinik kommt, da der Versicherung inzwischen mehrere Behandlungsfehler gemeldet werden mussten. Dr. H. analysiert auch diesen Fall und fragt nach, ob es in der Klinik eine Überprüfung gäbe, ob ein junger Arzt bereits erfahren genug sei, um allein in der Notaufnahme Dienst zu tun. Dies ist nicht der Fall. Er fragt weiter, ob es ein Training für kritische Ereignisse wie dieses gäbe. Auch dies ist nicht der Fall. Es gibt auch keine Hinzuziehungsregeln, wann ein erfahrener Arzt gerufen werden muss. Ebenso fehlt im Haus ein klares Konzept, wie bei einem bedrohten Atemweg vorzugehen sei. Dr. H. weist darauf hin, dass all diese Bedingungen zur Gewährleistung der Patientensicherheit von den Leitenden Ärzten zu erfüllen sind, und nicht vom diensthabenden Arzt.

In den folgenden Wochen werden alle diese Voraussetzungen geschaffen. Die Wiederholung eines solchen Ereignisses wird dadurch wesentlich weniger wahrscheinlich.



Die Analyse von Fehlern und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung dienen dem Schutz künftiger Patienten.

24.6 Ausblick

Betrachtet man den Umgang mit Fehlern im Gesundheitswesen, so wird schnell klar, dass ethische Werte wie Ehrlichkeit, Gerechtigkeit, Barmherzigkeit und Fürsorge große Bedeutung haben. Ebenso schnell wird klar, dass diese Werte nicht nur für die betroffenen Patienten und Angehörigen wichtig sind, sondern auch für die Helfer, seien sie direkt oder mittelbar betroffen. Die Werte und ethischen Prinzipien unterscheiden nicht nach den Personengruppen.

Man muss zur Kenntnis nehmen, dass die Tätigkeit in der Notfallmedizin, im Rettungsdienst und in Notaufnahmen aufgrund ihrer besonderen Charakteristika offenbar besonders fehlerträchtig und risikobehaftet ist. Vielleicht ziehen die besonderen Herausforderungen dieser Tätigkeit gerade deshalb auch besonders verantwortungsbewusste Menschen mit einem hohen Anspruch an die eigene Leistung an. Dies begünstigt dann aber auch eine Traumatisierung, wenn ihnen dennoch Fehler unterlaufen.

Patienten, Helfern, Vorgesetzten in der Notfallmedizin, eigentlich dem gesamten Gesundheitswesen, wünscht man Sensibilität im Umgang mit Fehlern, eine Abkehr vom Personalisieren von Schuld und eine Hinwendung zur Schaffung fehlerarmer Systeme, und vor allem die Einhaltung ethischer Prinzipien auf all diesen Ebenen.

Literatur

Chaudhary T, Fleischmann T, Schultheis K, Hohenstein C (2014) Möglichkeiten eines CIRS in der präklinischen Notfallmedizin. Notarzt 30: 2–6

Cosby K, Croskerry P (2009) The Nature of Emergency Medicine. In: Croskerry P, Cosby K, Schenkel S, Wears R (Hrsg.) Patient Safety in Emergency Medicine. Wolters Kluwer Lippincott Williams and Wilkins, S. 5–7

Croskerry P, Sinclair D (2001) Emergency medicine: A practice prone to error? CJEM 3: 271–276

Fordyce J, Blank FS, Pekow P, Smithline HA, Ritter G, Gehlbach S, Benjamin E, Henneman PL (2003) Errors in a busy emergency department. Annals of Emergency Medicine 42: 324–333

Hohenstein C, Fleischmann T, Hempel D (2011) Kritische Ereignisse in der Notfallmedizin. Notfallmedizin up2date 6: 89–104

Hohenstein C, Hempel D, Schultheis K, Lotter O, Fleischmann T (2014) Critical incident reporting in emergency medicine: results of the prehospital reports. Emerg Med J 31: 415–418

Moskop JC, Geiderman JM, Hobgood CD, Larkin GL (2006) Emergency physicians and disclosure of medical errors. Ann Emerg Med 48: 523–531

Rall M, Manser T, Guggenberger H, Gaba DM, Unertl K (2001) Patientensicherheit und Fehler in der Medizin. AINS 36: 321–330

Reason J (2000) Human error: models and management. BMJ 320: 768–70

St. Pierre M, Hofinger G (2014) Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. Springer-Verlag, Berlin

St. Pierre M, Scholler A, Strembski D, Breuer G (2012) Äußern Assistenzärzte und Pflegekräfte sicherheitsrelevante Bedenken? Anaesthesist 61: 857–66

Wachter R (2012) Understanding Patient Safety. McGrawHill, New York

Wulf H (2013) Patientensicherheit – Auftrag für die Zukunft. Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen. AINS 54: 490–494



Dr. med. Thomas Fleischmann, EBCEM, FESEM, FRCEM, MHBA

Studium der Humanmedizin in Erlangen. Weiterbildung in Chirurgie und Innerer Medizin in Nürnberg. Facharzt für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin, Klinische Notfallmedizin SGNOR (CH), Ärztliches Qualitätsmanagement. Seit 25 Jahren nur in Notaufnahmen und Notarztdienst tätig. Einer der ersten Europäischen Fachärzte für Notfallmedizin (European Board Examination in Emergency Medicine), Fellow der European Society for Emergency Medicine EuSEM und Fellow by Election des Royal College of Emergency Medicine RCEM (UK).

25 Umgang mit bedrohlichen Personen in der Notfallmedizin[15]

Karoline Roshdi, Jens Hoffmann und Mirko Allwinn

25.1 Einführung

In der Notfallmedizin werden Fachpersonen zu unterschiedlichsten Situationen gerufen. Oftmals besteht ein Mangel an Information und es ist dadurch nur eine grobe Vorstellung zu der vorherrschenden Situation vor Ort vorhanden. Häufig ist jedoch klar, dass eine oder mehrere Personen in einer Lage sind, in der sie dringend Hilfe benötigen. Eine Besonderheit bei Notfällen, in die bedrohliche Personen involviert sind, ist, dass eine gefährliche Situation bereits beendet sein, aber auch noch akut bestehen kann. Werden Rettungskräfte zu bedrohlichen Situationen gerufen, die noch bestehen, begeben sie sich in für sie selbst potenziell gefährliche Lage. Hierbei gilt zunächst, dass immer auch auf die Eigensicherung geachtet werden muss. Um eine Notfallsituation hinsichtlich einer möglichen Gefährdung einschätzen zu können, ist ein Wissen um verschiedene Gewaltdynamiken hilfreich, welches hier vorgestellt wird.

25.2 Zwei Grundformen der Gewalt – affektive und zielgerichtete Aggression

Die Spezies Mensch gehört zur Gruppe der Säugetiere, welche zwei biologisch verankerte Formen der Gewalt in sich haben (Siegel u. Victoroff 2009) (vgl. Tab. 27). Dabei

---

15 Das Forschungsprojekt TARGET (Tat- und Fallanalysen hochexpressiver zielgerichteter Gewalt) wird seit 2013 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Programms „Forschung für die zivile Sicherheit II“ gefördert. Dieser Beitrag entstand im Rahmen des Projektes.

handelt es sich um affektive und zielgerichtete Gewalt bzw. Aggression (Meloy 1997; Hoffmann u. Roshdi 2015).

Tab. 27 Eine Gegenüberstellung der beiden Gewaltmodi und deren Merkmale: affektive vs. zielgerichtete Gewalt (nach Meloy 2006)

Affektive Gewalt	Zielgerichtete Gewalt
körperliche Erregung	emotionale Kühle
emotional	ruhig, konzentriert
reaktiv auf subjektiv erlebte Bedrohung	keine direkte Bedrohung
Abwehr einer Bedrohung	zielgerichteter Angriff
diffuse Wahrnehmung, Tunnelblick	fokussierte Wahrnehmung

Affektive Aggression, auch als Verteidigungsmodus der Gewalt bezeichnet, hat unseren Vorfahren das Überleben gesichert. Der Körper wird hierbei auf Kampf oder Flucht vorbereitet, um eine erlebte Gefahr abwehren zu können. Auslösender Moment ist ein subjektiv wahrgenommenes Moment der Bedrohung (Litzcke et al. 2005; Meloy 1997). Dadurch schüttet der Körper Adrenalin aus, der Pulsschlag erhöht sich, sodass der Körper schnell reagieren kann. Er wird physiologisch auf Kampf- bzw. Fluchtbewegungen vorbereitet. Dieses biologische Programm ist heute alltagssprachlich auch unter dem Begriff der „heißen Wut" bekannt. In derartigen Situationen fühlen sich Personen unter Druck und versuchen, eine subjektiv wahrgenommene Bedrohung reflexartig abzuwehren. Viele Personen ziehen verbal in den Kampf und streiten miteinander. Eine gefährlichere Variante ist, wenn Personen in den körperlichen Kampf ziehen. Das Besondere an der heißen Wut ist, dass sich dieser Zustand schnell entwickeln kann, in der Regel aber auch rasch wieder endet.

Betrachtet man dagegen die kalte Aggression, so zeigt sich hier ein fast schon gegensätzliches Muster. Auch dieser Modus sichert ursprünglich das Überleben. Personen in diesem Zustand zeichnen sich durch emotionale Kühle aus, das Mitgefühl wird abgeschaltet und ein Ziel zu erreichen steht nun im Vordergrund (Meloy 1997). Der evolutionäre Ursprung liegt im Jagdverhalten (Meloy 2006). Unsere Vorfahren verfolgten demnach konzentriert und von außen betrachtet ruhig über längere Zeit Beute, um sich Nahrung zu verschaffen. Mitgefühl hatte da wenig Platz und eine Tötungshemmung musste überwunden werden, um das Tier zu erlegen. Kalte Aggression hat ein Ziel im Fokus und wird nicht durch eine situative Bedrohung ausgelöst. Sie wird aktiv, bewusst und zielgerichtet eingesetzt. Dieses Verhaltensrepertoire findet sich heute auch im Dienste vorbedachter Ziele, wie beispielsweise der Erringung von Geld, Macht und sexueller Bedürfnisse (Meloy 2006). Die Extremausprägung liegt auch hier in der Anwendung von physischer Gewalt und beim Menschen kann diese auch Rache- und Vergeltungsfantasien dienen (Meloy 1998). Dabei zeigen sich oftmals Rituale wie das Tragen bestimmter Kleidung, Waffen oder Symbole.

25.3 Deeskalation und Verhindern gefährlicher Situationen bei „heißer“ Wut

- **Eigensicherung**: Eigensicherung geht immer vor, Menschen sollten sich nie selbst in Gefahr bringen. Dabei sollte zum einen immer auf das eigene Bauchgefühl geachtet werden, aber auch ungute Gefühle wie Angst nicht weggeschoben werden.
- Sind Situationen noch akut und wird beispielsweise von Personen noch Gewalt angewandt, ist es wichtig, nicht zwischen die Kontrahenten zu gehen oder diese anzufassen. Im Kampfmodus ist die Wahrnehmung eingeschränkt und die Verhaltensreaktion eine Abwehr von bedrohlichen Reizen. So kann es zu einer Zielverschiebung kommen (Meloy 1997), die sich auch gegen den Helfer richten kann. In derartigen Situationen sollte man wenn möglich versuchen ruhig zu bleiben und Hektik oder Panik vermeiden. Auch ist es wichtig, die Polizei hinzuzuziehen und genügend Sicherheitsabstand zum Aggressor zu halten.
- **Eigenmanagement**: Es liegt in der Natur des Menschen, dass diese in schwierigen Situationen in Stress geraten. Bevor Helfer andere Personen beruhigen können, muss ein Eigenstressmanagement stattfinden. Sonst besteht die Gefahr, dass selbst unkontrollierte Verhaltensweisen folgen und man sich vom Stress der aufgebrachten Personen weiter anstecken lässt. Es gibt hierzu bewährte Stressregulationstechniken, die erlernt werden können.
- **Zuschauer**: Weitere anwesende Personen sollten zunächst räumlich entfernt werden. Zum einen können diese durch ihre Präsenz selbst in Gefahr geraten, darüber hinaus wird eine Deeskalation bei weiteren Personen schwieriger, da ggfs. die aggressiven Parteien ihr Gesicht wahren müssen.
- **Ansprache**: Eine Kommunikation mit wütenden Personen sollte immer aus sicherer Entfernung stattfinden. Sind diese noch ansprechbar, ist oftmals ein verbaler Deeskalationsversuch hilfreich. Bei mehreren Aggressoren ist es sinnvoll, hier nicht alleine vorzugehen, sondern Unterstützung hinzuzuziehen. Alleine ist es schwierig, mehrere Personen zu deeskalieren. Darüber hinaus sollte versucht werden, die streitenden Personen räumlich zu separieren.
- **Stressreduktion**: Bewegung ist gut, um die innerliche Anspannung und Energie bei aufgebrachten Menschen abzulassen (Litzcke et al. 2005). Wenn es möglich ist, hilft ein Spaziergang mit den wütenden Personen. Auch das Trinken von Wasser und für ausreichend frische Luft zu sorgen ist potenziell stressreduzierend.
- **Ansprechpartner**: Bei mehreren streitenden Personen ist es gut, für jeden der Kontrahenten einen eigenen Ansprechpartner zu organisieren. Die Parteien sollten so separiert werden, dass sie sich nicht mehr sehen können. Soweit es möglich ist, sollte jede Person durch ihren Ansprechpartner in eine getrennte Räumlichkeit gebracht werden. Auf einen wütenden Menschen sollten keinesfalls mehrere Personen zugleich zugehen. Dies kann einschüchternd oder gar bedrohlich wirken und zu einem Angriff führen.
- **Annäherung**: Es ist immer die Eigensicherung zu beachten. Wütenden Menschen sollte man sich niemals frontal nähern, sondern, wenn dann vorsichtig, langsam und seitlich. Frontal kann von der Person als eine Kampfansage gewertet werden, sodass diese in einen Gegenangriff geht. Bei der Annäherung muss man auf die eigene Körpersprache achten, diese sollte nicht bedrohlich wir-

ken und keine ausladenden oder hektischen Bewegungen beinhalten. Wichtig ist auch auf der einen Seite die Personen nicht anzustarren und auf der anderen Seite diese nicht aus den Augen zu lassen. Dies dient der Eigensicherung, das dass man einen plötzlichen Angriff auch im Blick hätte. Es sollte vorsichtig Augenkontakt hergestellt und dabei immer einmal wieder der Blick schweifen gelassen werden.

- **Waffen:** Trägt eine der streitenden Personen eine Waffe, ist absolute Vorsicht geboten und die Polizei sollte, soweit noch nicht geschehen, sofort alarmiert werden. Wenn die Möglichkeit besteht, sich in Sicherheit zu bringen, sollte dies umgehend geschehen. Wenn eine bewaffnete Person eine Forderung ausspricht, sollte dem entsprochen werden.

25.4 Schwere und potenziell tödliche zielgerichtete Gewalt

Im Vorfeld von zielgerichteten Gewalttaten zeigen sich in der Regel Anzeichen, die auf eine Tat hinweisen können, wie beispielsweise Vorbereitungs- und Planungshandlungen (Borum et al. 1999; Mohandie u. Meloy 2014), Die Täter handeln meist ruhig und konzentriert während ihrer Gewalthandlungen (Hoffmann et al. 2009). Dies ist ein klarer Hinweis darauf, dass sie sich in einem Zustand kalter Aggression befinden.

Heiße Wut wird durch einen in der Situation vorherrschenden und subjektiv wahrgenommenen bedrohlichen Reiz ausgelöst. Kalte Aggression hingegen verfolgt ein Ziel und es besteht keine unmittelbare Bedrohung (Meloy 1997). Es gibt verschiedene Dynamiken und Motive im Vorfeld einer zielgerichteten Gewalttat. Deshalb werden nachfolgend unterschiedliche Formen dargestellt, wie School-Shootings, Terrorismus durch radikalisierte Einzeltäter, Workplace Violence und zielgerichtete Gewalt ausgehend von Personen mit einer paranoiden Schizophrenie.

25.4.1 School-Shootings

Ein School Shooting ist ein zielgerichteter bewaffneter Angriff auf Lehrer oder Schüler mit Tötungsabsicht, bei denen verschiedene Waffen, wie beispielsweise Schusswaffen, Klingenwaffen oder Bomben genutzt werden können (Scheithauer u. Bondü 2011). Man spricht hier auch von schwerer zielgerichteter Gewalt an Schulen oder von Schulamok.

Solche Taten kommen vergleichsweise selten vor, wobei Deutschland nach den USA hier besonders häufig betroffen ist. School Shootings werden als eine eigenständige Form der Jugendgewalt betrachtet (Robertz 2004), wobei sich kein einheitliches Profil eines solchen Täters ableiten lässt (Hoffmann et al. 2009). Für die Prävention besonders relevant ist, dass die Täter oftmals ihre Absichten im Vorfeld mitteilen. Dies kann offen oder direkt, schriftlich oder mündlich erfolgen. Es wird hierbei von Leakage gesprochen, dem „Durchsickern" einer Tatintention gegenüber Dritten (Hoffmann et al. 2009; Meloy u. O'Toole 2011). Häufig wird der Entwicklungsweg hin zu einer schweren zielgerichteten Gewalt an einer Schule von Krisen und Kränkungen begleitet. Die Täter fühlen sich häufig von Mitschülern oder Lehrern verspottet, wobei nicht immer ein objektives Mobbing vorliegt, sondern das Gefühl, Ziel von Spott und Häme zu sein, das nicht selten auf eine erhöhte Kränkbarkeit des Täters zurückzuführen

ist. Viele Täter sind im Vorfeld verzweifelt und äußern manchmal Suizidgedanken. Zugang zu Schusswaffen besteht oftmals über Verwandte. Zudem spielen der Faktor der Identifizierung mit anderen Gewalttätern beziehungsweise die Faszination an Waffen und Militaria eine bedeutsame Rolle. Dies wird auch als Identifizierungs-Warnverhalten bezeichnet (Meloy et al. 2012). Die Täter planten ihre Tat in der Regel im Vorfeld, wobei sich dies meist über Monate bis hin Jahren erstreckt.

Fallbeispiel: Winnenden

Winndenden/Wendlingen im März 2009. Der 17-jährige Täter K. begibt sich zu seiner früheren Schule und tötet dort mehrere Schülerinnen und Schüler sowie Lehrpersonen. Er flieht schließlich mit einer Geisel, die später entkommen kann und schießt nahe Wendlingen auf weitere Opfer. Nach einem Schusswechsel mit der Polizei tötet sich der Amokläufer anschließend selbst. Durch die Tat sterben 15 Menschen.

Neben Schülerinnen und Schülern werden auch vollkommen zufällige Personen Opfer der schweren Gewalttat, darunter auch ein Mitarbeiter einer Psychiatrie. Bei seiner Flucht aus der Schule über das Parkgelände der angrenzenden Psychiatrie war der Täter auf den Mitarbeiter gestoßen. Er schoss auf ihn und selbst als dieser am Boden lag gab er auf ihn weitere Schüsse ab.

Der Schulamokläufer K. wächst in einer unauffälligen Familie mit einer Schwester auf. Sein Vater ist Mitglied im Schützenverein und sammelt Waffen zuhause. Mit sozialen Kontakten hatte K. Probleme, worunter er litt. Er hatte nie eine Freundin und war schüchtern gegenüber Mädchen. Etwa ein Jahr vor der Tat ging er zu Gesprächen in eine Klinik. Dort berichtete er über Phantasien, Menschen zu töten. Es wurde eine weitere Therapie angeraten, jedoch von K. nicht aufgenommen. Die Nöte des Jungen waren zuhause bekannt und die Eltern versuchten, ihn mehr nach außen in Kontakt zu bringen, und unterstützen ihn in seinen sportlichen Ambitionen. K. war zu Beginn sehr erfolgreich im Tischtennis, machte Armwrestling und spielte gerne Poker. Sein Vater versuchte ihn durch Mitnahme in einen Schützenverein sozial mehr zu integrieren. Seine Schwester machte sich vermehrt große Sorgen um ihren Bruder, da dieser oft verzweifelt schien und weinte.

25.4.2 Terrorismus durch radikalisierte Einzeltäter

Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffes Terrorismus, die Sichtweise darauf unterliegt stets aktuellen politischen Entwicklungen. Terroristen verüben meist keine Attentate, um ganz bestimmte Menschen zu töten, sondern ihre Opfer stehen stellvertretend für die ansonsten unerreichte Gesellschaft (Heinke u. Kron 2013). Zunehmend rücken hier Taten, die von unabhängigen Einzeltätern oder kleinen Gruppen begangen werden, in den Vordergrund. Für einen solchen Tätertypus wurde in der Forschung der Begriff des Violent True Believer vorgeschlagen, um den Täter psychologisch besser zu beschreiben (Meloy et al. 2001). Violent True Believer fühlen sich einer Ideologie oder einem Glaubenssystem verpflichtet und sie sehen innerhalb dieses Gedankengerüsts die Tötung anderer Menschen und ggf. von sich selbst als legitimes Tatmittel an, um bestimmte Ziele zu erreichen (Meloy et al. 2001). Radikalisierte Einzeltäter oder Kleingruppen werden in der Fachliteratur heute oftmals unter dem Begriff des Lone Wolf oder Lone Actor geführt (Borum et al. 2012; Gill 2014; Meloy u. Yakeley 2014; Spaaij 2012). Der Anschlag auf das Satire Magazin Charlie Hebdo im April

2015 in Frankreich ist hierfür ein Beispiel: zwei Brüder, die gemeinsam den Anschlag verübt haben und nicht von einer terroristischen Vereinigung gesteuert wurden.

Es gibt Anzeichen dafür, dass es einen leicht ansteigenden Trend über die letzten Jahrzehnte hinweg von Gewalttaten durch Lone-Wolf-Akteure gibt (Spaaij 2012), obgleich sich diese Frage nicht empirisch zuverlässig beantworten lässt (van Buuren 2012). Die Motivation bei derartigen Einzeltätern mag unterschiedlich sein, doch lassen sich psychologische Charakteristika von Lone Wolves aufzeigen, die gehäuft auftreten (Meloy u. Yakeley 2014; Hoffmann et al. 2015).

Die Täter haben einen persönlich für sie relevanten Missstand, welcher sich durch eine große Wut über einen religiösen oder politischen Zustand zeigt. Die Tatausführung ist in diesem Missstand begründet und dabei durch eine Ideologie oder in einem Glaubenssystem begründet. Die Täter haben oft einen isolierten Lebensstil, welcher durch viele Kränkungserfahrungen geprägt ist. Parallel kann das Internet für die Täter eine kompensatorische Wirkung besitzen, dadurch dass hier Austausch und Kommunikation in der virtuellen Welt gesucht wird. Dabei suchen die Täter selektiv nach bestimmten Themen und Seiten, in der Hoffnung auf Gleichgesinnte zu treffen oder Informationen zu finden, die ihre eigene Meinung stärken. So können Radikalisierungsprozesse im Internet stattfinden, die zunehmend zum Problem werden (Steinberg 2012). Auch terroristische Organisationen wie beispielsweise al-Qaida nutzen das Internet und soziale Netzwerke immer mehr für die Rekrutierung von neuen Mitgliedern (Hoffmann et al. 2015). Gesamt betrachtet zeigt sich eine starke Identitätsproblematik, begleitet durch das Scheitern beruflicher oder privater Ziele (Meloy et al., im Druck). Im Laufe der Radikalisierung kommt es zu einer emotionalen Veränderung, die Meinung wird starrer und die eigene Ideologie oder das Glaubenssystem wird nicht selten versucht anderen aufzudrängen.

Fallbeispiel: Frankfurter Flughafen

Ein Beispiel hierfür ist das 2011 ausgeübte Attentat am Frankfurter Flughafen. Arid U. attackierte US-Soldaten, tötete dabei zwei Armeeangehörige und verletzte zwei weitere schwer. Dieser Einzeltäter gehörte keiner terroristischen Organisation an. Er bewegte sich im Vorfeld seiner Tat immer mehr im Internet in islamischen Foren und nahm dort auch an deren Diskussionen teil. Er glaubte, dass Muslime sich in einem globalen Krieg gegen die USA befinden. Einen Tag vor seiner Tat betrachtete er ein Video, in dem US-Soldaten eine Muslima vergewaltigten. Es war eine Szene einer allerdings fiktiven Dokumentation über das Massaker von Mahmudiyya in 2006, stammend aus einem Hollywood-Film. Arid U. hielt die Szene für real. Bereits wenige Tage vor der Tat hatte er seinen Nickname auf dem Internetportal Facebook in Abu Reyyan geändert, was so viel bedeutet wie „der Wächter der Himmelspforte“. Er stellte dazu einen Link zu einer Dschihad-Hymne ein, in der es heißt: „Meine Waffe ist jederzeit bereit“ (Schmidt 2012).

25.4.3 Paranoid schizophrene Personen, die zielgerichtete Gewalt anwenden

Paranoide Schizophrenie ist die weit verbreitetste Form einer schizophrenen Psychose (Riechert 2011). Bei dieser psychischen Erkrankung handelt sich es sich um Störungen des formalen Denkens verbunden mit Einbußen in der Leistungsfähigkeit (Hautzinger u. Thies 2009). Schizophrenie zeigt sich sehr unterschiedlich im Auftreten

ihrer Symptome. Allgemein beschrieben herrscht ein zweigeteiltes Erleben der Wirklichkeit während der Krankheitsphase vor. Zweigeteilt dahingehend, dass einerseits die reale Wirklichkeit, wie sie auch bei der Durchschnittsbevölkerung besteht, erlebt wird, und auf der anderen Seite eine zweite, „private“ Wirklichkeit, die Gesunde nicht nachvollziehen können (Bäuml 2005; Bäuml u. Lambert 2009; Riechert 2011).

Im Zusammenhang mit der psychotischen Erkrankung ist das „rationality-within-irrationality“-Paradigma zu nennen (Link u. Stueve 1994). Demnach können Personen, die an einer paranoiden Psychose erkrankt sind, aus einem Gefühl der Notwehr heraus gegenüber anderen Personen gewalttätig werden. Hierbei sind die Inhalte der Wahnvorstellungen zentral: Glaubt der Kranke, dass er oder andere Menschen von bestimmten Personen oder Gruppen bedroht wird, kann es aus seiner internen, wahnbestimmten Logik heraus nachvollziehbar sein, einen anderen Menschen anzugreifen, um Unheil abzuwehren. Dies kann zielgerichtet, aber auch situativ, also aus der affektiven Aggression heraus geschehen.

Vor dem Hintergrund, dass aufgrund der paranoiden Fehlwahrnehmung eine Bedrohung durch einen Gegenschlag beendet oder Rache geübt werden soll, ist bei paranoiden Psychosen das Risiko von schwerer Gewalt bis hin zu Tötungsdelikten um ein Mehrfaches erhöht (Thomson u. Darjee 2009; Knoll u. Meloy 2014). Auch hier ist Planung und Vorbereitung und damit eine zielgerichtete Gewalttat gegen andere möglich.

Fallbeispiel: Zielgerichtete Gewalt einer paranoid schizophrenen Person – Das Attentat auf Oskar Lafontaine

Ein bekanntes Beispiel hierzu ist das Attentat auf Oskar Lafontaine im Jahr 1990. Die Täterin Adelheid S., ging auf eine Wahlkampfveranstaltung der SPD und griff Lafontaine mit einem Messer an. Dabei verletzte sie ihn lebensbedrohlich. Sie zeigte starke Anzeichen der Fixierung auf ein spezifisches Thema. Jahre zuvor erkrankte sie an einer paranoiden Schizophrenie. Im Rahmen ihrer psychotischen Symptome erschien ihr Jesus, der zu ihr sprach. Er sagte ihr, dass es in ganz Deutschland Fabriken gebe, in denen Menschen ermordet und zu Fleisch verarbeitet werden. Deshalb bekam sie von Jesus den Auftrag, auf diesen Missstand aufmerksam zu machen und das Abschlachten der Menschen zu verhindern. Adelheid S. informierte ihr Umfeld und versuchte über Plakate und Anzeigen auf die Fabriken aufmerksam zu machen. Niemand glaubte ihr. Einige Zeit später erschien ihr Jesus erneut und sagte ihr, dass sie nun mit Gewalt auf den Missstand aufmerksam machen müsse. Sie entschloss sich, ein Attentat auf einen bekannten Politiker zu verüben, und informierte sich über Wahlkampftermine in der Region. Parallel versuchte sie, einen Waffenschein zu erhalten und auch illegal eine Schusswaffe zu kaufen. Dies gelang ihr nicht, sodass sie ein Messer kaufte. Ihre Schwester machte sich große Sorgen um Adelheid S. und versuchte, eine Einweisung über das Gesundheitsamt sowie die Vormundschaft für sie zu erlangen, was nicht rechtzeitig gelang. Adelheid S. ging zu der Wahlkampfveranstaltung der SPD. Das Messer hatte sie in einem Blumenstrauß versteckt. Nach der Veranstaltung wurde sie auf die Bühne gelassen, wo sie nach einem Autogramm fragte. Als Oskar Lafontaine sich ihr zuwandte, zog sie das Messer aus dem Blumenstrauß und attackierte ihn. Adelheid S. sagte nach der Tat „Meine soziale Tat war lebenswichtig für andere. Es tut mir weh, dass so etwas sein musste.“ In dieser Aussage offenbart sich die Fixierung auf die vermeintliche Ermordung von Menschen, was aus ihrer psychotisch verzerrten Realitätswahrnehmung nachvollziehbarerweise beendet werden musste (Hoffmann u. Roshdi 2015).

25.4.4 Schwere Formen der Gewalt am Arbeitsplatz

Diese Form der Gewalt wird meist noch nicht als eigenständige Form der Gewalt betrachtet. Meist besteht die Annahme, dass dies unverbundene und mehr oder weniger zufällige Gewaltakte am Arbeitsplatz sind. Bei schweren, potenziell tödlichen Gewalttaten am Arbeitsplatz zeigt sich jedoch in verschiedenen Studien meist, dass auch hier ein Entwicklungsweg zur Gewalt beim Täter stattfindet, der durch Warnanzeichen im Vorfeld begleitet wird (Guldimann et al. 2013; Hoffmann 2011; Hoffmann u. Dölitzsch, 2015; Sirsch et al. 2014) und damit ein geplantes und vorbereitetes Vorgehen stattfindet.

Eine deutsche Studie, welche sich mit den im Vorfeld auftretenden Warnanzeichen am Arbeitsplatz beschäftigte, analysierte Gerichtsurteile und Ermittlungsakten (Hoffmann u. Dölitzsch 2015). Dabei wurden Taten herangezogen, bei denen im Vorfeld eine Beziehung zwischen Täter und den späteren Opfern bestand, etwa als Mitarbeiter, Kunde oder Klient.

Hoffmann und Dölitzsch (2015) erarbeiteten hieraus ein Entwicklungsmodell zu derartigen Taten. Dieses zeigt auf, dass die Täter oftmals von biographisch frühen Negativerfahrungen, welche sich in der familiären Vorgeschichte des Täters auffinden lassen, geprägt sind. Derartige Faktoren können beispielsweise finanzielle Schwierigkeiten, Alkoholmissbrauch oder auch psychische Probleme der Eltern gewesen sein. Weiter wird eine erhöhte Vulnerabilität gepaart mit mangelnden Bewältigungsstrategien beschrieben. Vermutlich fehlen wichtige Kommunikationsfähigkeiten und es besteht ein Mangel an Einfühlungsvermögen in andere Personen. So kann es im privaten als auch beruflichen Kontext vermehrt zu Konflikten kommen. Die Täter lasten diese Konflikte ihren Mitmenschen an und suchen die Ursachen weniger bei sich. Betrachtet man den Entwicklungsverlauf der Täter hinsichtlich einer Kontinuität, so finden sich teilweise bereits in der schulischen Laufbahn Schwierigkeiten und/oder ein niedriges Bildungsniveau. Auch sind vielfach Konflikte und Regelverstöße im Lebenslauf zu verzeichnen sowie eine berufliche und private Diskontinuität. Mit zunehmendem Alter besteht immer mehr eine Kumulierung beruflicher und privater Konflikte. Hinzu kommt ein Konflikt mit dem späteren Opfer, der sich aus Sicht des Täters nicht auflösen lässt. Durch die prädisponierenden Faktoren zeigen sich Persönlichkeitsauffälligkeiten beziehungsweise psychische Störungen und die benannte Neigung, das Verhalten anderer Personen als ungerecht wahrzunehmen und die Schuld für die eigenen Probleme bei anderen zu suchen. Diese Faktoren beeinflussen sich wechselseitig. So fällt auf, dass nicht nur ein Konflikt beispielsweise mit dem Arbeitgeber, sondern parallel auch Krisen im Privatleben der Täter eine entscheidende Rolle spielen. Wenn als akute Auslösebedingungen dann weitere Belastungen hinzukommen, wie berufliche oder private Konflikte, sehen die Täter aus ihrer Perspektive keine andere Handlungsalternative mehr als die schwere Gewalttat, um ihr Problem zu lösen oder sich bei den vermeintlich Verantwortlichen zu rächen (Hoffmann u. Dölitzsch 2015). Ein Beispiel hierfür ist die 2003 begangene Tat in einem Versandhaus in einer deutschen Stadt (Hoffmann 2011).

Fallbeispiel: Versandhaus

Ein Mitarbeiter ging mit weißer Kleidung, die die rituelle Kampfkleidung vieler asiatischer Kampfsportarten nachahmt, und einem Samurai-Langschwert in die Marketingabteilung des

Versandhauses. Dort schlug er mit dem Schwert auf fünf Personen ein. Eine Person davon starb, drei weitere wurden lebensgefährlich verletzt. Bei der Tat brach seine Schwertklinge ab. Als der Täter weiterging, traf er auf eine Kollegin. Auf ihr Bitten ließ er von ihr ab und beendete seine Tat. Als die Polizei eintraf, ließ er sich widerstandslos festnehmen.

Der Täter machte zunächst die mittlere Reife und absolvierte in dem Versandhaus erfolgreich eine Ausbildung zum Bürokaufmann. Als ihm bei der Besetzung einer Stelle des Abteilungsleiters ein anderer Mitarbeiter vorgezogen wurde, kündigte er im Jahr 2000 aus Verärgerung seinen Arbeitsplatz. Er machte nun die Fachhochschulreife, absolvierte aber aus Angst zu scheitern kein Studium, sondern kehrte in das Versandhaus zurück. Seinen Verdienst stufte er im Gegensatz zu anderen Mitarbeitern als zu gering ein. In der Freizeit betrank er sich häufig mit Freunden. Er entwickelte darüber hinaus eine tiefe Schwärmerei für die Samurai. Er bewunderte diese, da sie laut seiner Aussage noch „echte Ideale und einen wahren Ehrbegriff hätten". Der Lebensweise der Samurai eiferte er mit akribisch genauem Auftreten nach. Gegenüber Freunden und Kollegen erwähnte er des Öfteren, er wolle vor seinem 30. Lebensjahr Suizid begehen und Amok laufen. Dabei sagte er auch, er werde sich von der Marketingabteilung aus nach unten vorarbeiten und er werde das per Hand erledigen. Im Internet kaufte er sich ein Schwerterpaar. Einen Tag vor der Tat fuhr er mit seinem Auto zur Arbeit. Bei einer allgemeinen Verkehrskontrolle wurde er angehalten. Dabei wurde ein Alkoholtest durchgeführt. Da der Täter noch Restalkohol des vorangegangenen Wochenendes im Blut hatte, wurde sein Führerschein sofort beschlagnahmt. Er fuhr mit einem Taxi nach Hause und nahm sich den Tag auf der Arbeit frei. Zu Hause betrank er sich und sah sich Samurai-Videos an. Er mochte vor allem jene, die sich durch eine besondere Grausamkeit auszeichnen. Am Abend schickte er verschiedenen Kollegen SMS-Nachrichten. Einem schrieb er, er solle nicht in das Gebäude der Marketingabteilung gehen und einem weiteren Kollegen schrieb er, dass die Klinge scharf sei.

25.5 Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen

Von Gewalt am Arbeitsplatz sind statistisch betrachtet vor allem Angestellte im Gesundheitswesen betroffen (EU-OSHA 2010). Im Vergleich zu generell Berufstätigen wiesen Krankenschwestern ein etwa doppelt erhöhtes, Pflegepersonal sowie Psychiater sogar ein 5-fach erhöhtes Risiko auf, Opfer von Gewaltanwendungen zu werden. Dabei kommt es immer wieder auch zu schweren Gewalttaten gegen Angehörige medizinischer Berufe (Hoffmann u. Leitgeb 2013). So werden in Deutschland jedes Jahr etwa zwei Ärzte von ihren Patienten getötet oder schwer verletzt (Mäulen 2013). Dabei lassen sich grundsätzlich mehrere Fallgruppen unterscheiden. Schwere Gewaltdelikte gegen Mediziner können etwa von Patienten und ehemaligen Patienten, aber auch von Angehörigen und sehr selten von Mitarbeitern verübt werden. Die größte Tätergruppe bilden dabei Patienten und ehemalige Patienten.

25.5.1 Patienten und ehemalige Patienten

In dieser Gruppe handelt es sich oftmals um Patienten, die dem Mediziner eine falsche oder schlechte Behandlung oder Indikation vorwerfen oder auch von einem Gutachten enttäuscht sind (Mäulen 2013). Im Einzelfall handelt es sich um Eifersuchtsdelikte.

Fallbeispiel

So erschoss vor einigen Jahren aus Ärger über eine nach seinem Empfinden missglückte Nasenoperation ein 25-jähriger Mann den Chefarzt einer Hals-Nasen-Ohren-Klinik. Da er die Oberärztin, die ihn sieben Jahre zuvor operiert hatte, nicht antraf, wählte er den gerade zufällig vorbeikommenden Arzt als Opfer.

Vermutlich werden in der Gruppe der Patienten die meisten schweren Gewaltdelikte von Wahnkranken begangen. Aufgrund ihrer psychotischen Erkrankung glauben die Angreifer, dass ihnen von den Medizinern Gefahr droht oder dass sie von den Ärzten geschädigt wurden (Püschel u. Cordes 2001).

Fallbeispiel

Ein Rentner erschoss zwei Ärzte und nahm sich anschließend selbst das Leben. Die Mediziner hatten den 78 Jahre alten Mann wegen einer Krebserkrankung behandelt. In seinem Haus hatte der Täter Waffen gehortet und das Gebäude mit einer Stromfalle gesichert. Der Waffennarr litt an einem Verfolgungswahn und war auffällig geworden, weil er glaubte, er werde mit Strahlen attackiert. Er war öfter derart mit Nachbarn und Untermietern in Konflikt geraten, dass die Polizei gerufen wurde. Die Tat war offenbar geplant gewesen, da der Rentner einen Abschiedsbrief hinterließ, in dem er schrieb, dass er kein Grab zu haben wünscht, sondern verbrannt werden wolle.

25.5.2 Angehörige von Patienten

Angehörige machen in dieser Gruppe die Ärzte und das medizinische Personal für die Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder gar den Tod ihres Verwandten oder Partners verantwortlich. Es kann dabei zu bedrohlichem Verhalten, Drohungen, andauernden Beschwerden oder gar zu einer Tötungshandlung kommen.

Fallbeispiel

Im März 1999 gibt auf dem Parkplatz einer Klinik ein 68-jähriger Mann auf einen Onkologen zwei Schüsse ab, die den Arzt im Bauch treffen. Der Schütze gab dem Chefarzt die Schuld an dem Krebstod seiner Frau.

25.6 Umgangsstrategien bei schwerer und potenziell tödlicher zielgerichteter Gewalt

Immer wieder werden bei schweren zielgerichteten Gewalttaten auch Helfer attackiert, die an den Tatort eilen, um Unterstützung zu leisten. So wurde beispielsweise bei dem schulischen Amoklauf in Erfurt ein Polizist erschossen, der sich dem Gymnasium angenähert hatte, um nach dem Rechten zu sehen. Auch Angehörige der Notfallmedizin können vor Ort in Lebensgefahr geraten, wenn der Täter davon ausgeht, dass die Helfer ihn an seinem weiteren Vorgehen hindern möchten, für ihn eine Gefahr darstellen oder er einfach den Wunsch hat, möglichst viele Menschen zu töten, wie dies gelegentlich bei Amokläufen oder bei terroristischen Anschlägen der Fall ist.

Bei schwerer zielgerichteter Gewalt gilt zum einen die Regel zum Eigenmanagement aus den Umgangsstrategien zur heißen Aggression. Darüber hinaus sind aber noch folgende Spezifika zu beachten:

- **Eigensicherung**: Eigensicherung geht immer vor. Sollte der Täter noch aktiv sein, ist es wichtig, sich an einem sicheren Ort aufzuhalten und sich mit der Polizei bezüglich der weiteren Vorgehensweise zu besprechen. Wie die Fallbeispiele zeigen, wechseln Täter manchmal den Tatort und es kann dadurch passieren, dass der Helfer zur falschen Zeit am falschen Ort ist und in Lebensgefahr kommt.
- **Zuschauer**: Weitere anwesende Personen wie Zuschauer sollten unbedingt aus dem gefährdeten Bereich entfernt werden. Hierzu ist eine Absprache zwischen den verschiedenen Blaulichtorganisationen zur Absicherung der Tatorte wichtig.
- **Ansprache**: Eine Ansprache des Täters sollte vermieden werden. Die Polizei wird hier die Einsatzleitung übernehmen und versuchen den Täter zu stoppen.
- **Annäherung**: Personen in kalter Aggression sollte man sich auf keinen Fall nähern. Ein Versuch der Deeskalation kann hier tödlich enden. Denn deeskalative Techniken, die in der heißen Wut ein angemessenes Mittel darstellen, wirken hier kaum. Täter in diesem Zustand haben Empathie abgebaut und verfolgen meist kaltblütig ihr Ziel. Sollte man einem Täter begegnen, gilt es auf das eigene Bauchgefühl zu hören. Wenn es möglich ist, sollte man sofort fliehen. Hier ist absolute Vorsicht geboten, besonders wenn Schusswaffen vom Täter genutzt werden. Es wird in diesem Bereich schon lange nach kommunikativen Strategien gesucht, die das Überleben sichern. Leider kann hierzu keine allgemeingültige Strategie benannt werden. Was in einem Fall einer Person das Leben gerettet hat, kann in einem anderen Fall tödlich enden. Es ist bei derartigen Tatabläufen vor Ort in der Regel nicht bekannt, ob er Täter schon sein Angriffsziel erfüllt hat und somit keine Tatmotivation mehr aufweist oder noch bereit ist, andere Menschen zu attackieren.

Literatur

Bäuml J (2005) Psychosen aus dem schizophrenen Formkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Heidelberg: Springer

Bäuml J, Lambert M (2009) Psychosen erkennen, verstehen und behandeln. Michelstadt: vdm

Borum R, Fein R, Vossekuil B (2012) A dimensional approach to analyzing lone offender terrorism. Aggression and Violent Behavior 17: 389–396

Borum R, Fein R, Vossekuil B, Berglund J (1999) Threat Assessment: Defining an Approach for Evaluating Risk of Targeted Violence. Behavioral Sciences and the Law 17: 323–337

EU-OSHA – European Agency of Safety and Health at Work (2010) Workplace violence and harassment: a European picture. Luxembourg: Publications Office of the European Union

Gill P (2014) Lone actor terrorists: A behavioural analysis. New York: Routledge

Guldimann A, Hoffmann J, Meloy JR (2013) Eine Einführung in die Warnverhalten Typologie. In: Hoffmann J, Roshdi K, Rudolf von Rohr H (Hrsg.) Bedrohungsmanagement. Projekte und Erfahrungen aus der Schweiz. Frankfurt/Main: Verlag für Polizeiwissenschaften, S. 115–130

Hautzinger M, Thies E (2009) Klinische Psychologie. Psychische Störungen. Weinheim: Beltz Verlag

Heinke EA, Kron T (2013) Terrorismus. In: Mau S, Schöneck NM (Hrsg.) Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer, S. 870–880

Hoffmann B (2003) Al Quaeda, Trends in Terrorism, and Future Potentialities: An Assessment. Santa Monica: Rand

Hoffmann J (2011) Workplace Violence. Gewaltphantasien am Arbeitsplatz. In: Robertz F (Hrsg.) Gewaltphantasien. Frankfurt/Main: Verlag für Polizeiwissenschaften, S. 231–250

Hoffmann J, Dölitzsch C (2015) Schwere Gewalt am Arbeitsplatz – Hintergründe und Warnverhalten. In: Hoffmann J, Roshdi K (Hrsg.) Amok und andere Formen schwerer Gewalt. Risikoanalyse – Bedrohungsmanagement – Präventionskonzepte. Stuttgart: Schattauer, S. 90–110

Hoffmann J, Glaz-Ocik J, Roshdi K, Meloy JR (2015) Terrorismus und Anschläge durch radikalisierte Einzeltäter. In: Hoffmann J, Roshdi K (Hrsg.) Amok und andere Formen schwerer Gewalt. Risikoanalyse – Bedrohungsmanagement – Präventionskonzepte. Stuttgart: Schattauer, S. 224–265

Hoffmann J, Leitgeb C (2013) Bedrohungsmanagement im Gesundheitswesen. In: Hoffmann J, Roshdi K, von Rohr R (Hrsg.) Bedrohungsmanagement: Projekte und Erfahrungen aus der Schweiz. Frankfurt/Main: Verlag für Polizeiwissenschaft, S. 143–153

Hoffmann J, Meloy JR, Guldimann A, Ermer A (2011) Attacks on German Public Figures, 1968–2004: Warning Behaviors, Potentially Lethal and Non-lethal Acts, Psychiatric Status, and Motivations. Behav. Sci. Law 29: 155–179

Hoffmann J, Roshdi K (2015) Bedrohungsmanagement – eine präventive Disziplin im Aufschwung. In: Hoffmann J, Roshdi K (Hrsg.) Amok und andere Formen schwerer Gewalt. Risikoanalyse – Bedrohungsmanagement – Präventionskonzepte. Stuttgart: Schattauer, S. 266–296

Hoffmann J, Roshdi K, Robertz F (2009) Zielgerichtete schwere Gewalt und Amok an Schulen. Eine empirische Studie zur Prävention schwerer Gewalttaten. Kriminalistik 4: 196–204

Knoll JL, Meloy JR (2014) Mass Murder and the Violent Paranoid Spektrum. Psychiatric Annals 44(5): 236–243

Link B, Stueve A (1994) Psychotic Symptoms and the Violent/Illegal Behavior of Mental Patients Compared to Community Controls. In: Monahan J, Steadman H (Eds.) Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment. Chicago: University of Chicago Press, p. 137–159

Litzcke S, Schuh H, Pletke M (2005) Stress, Mobbing und Burnout am Arbeitsplatz. Schwierige Situationen im Beruf meistern. Umgang mit Leistungs- und Zeitdruck – Praxisorientierte Hilfestellungen. Heidelberg: Springer

Mäulen B (2013) Vom Helfer zum Opfer. Gewalt gegen Ärzte. Orthopädie & Rheuma vom 03.06.2013

Meloy JR (1997) Predatory violence during mass murder. Journal of Forensic Science 42: 326–329

Meloy JR (1998) The Psychology of Stalking: Clinical and Forensic Perspectives. San Diego: Academic Press

Meloy JR (2006) The empirical basis and forensic application of affective and predatory violence. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 40: 539–547

Meloy JR, Hoffmann J, Guldimann A, James D (2012) The role of warning behaviors in threat assessment: An exploration and suggested typology. Behavioral Sciences & the Law 30: 256–279

Meloy JR, Mohandie K, Hempel A, Shiva A (2001) The violent true believer: Homicidal and suicidal states of mind. Journal of Threat Assessment 1: 1–14

Meloy JR, O'Toole ME (2011) The concept of leakage in threat assessment. Behavioral Sciences & the Law 29: 513–527

Meloy JR, Roshdi K, Glaz-Ocik J, Hoffmann J (im Druck) Investigating the Individual Terrorist in Europe. Journal of Threat Assessment and Management

Meloy JR, Yakeley J (2014) The Violent True Believer as a „Lone Wolf" – Psychoanalytic Perspectives on Terrorism. Behavioral Sciences and the Law 32(3): 347–365

Mohandie K, Meloy JR (2014) Mass casualty homicides on elemantary school campuses. In: Meloy JR, Hoffmann J (eds.) International Handbook of Threat Assessment. New York: Oxford University Press, p. 148–159

Püschel K, Cordes O (2001) Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko. Deutsches Ärzteblatt 98(4): 153–157

Riechert I (2011) Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche. Heidelberg: Springer

Robertz FJ (2004) School Shootings. Über die Relevanz der Phantasien für die Begehung von Mehrfachtötung durch Jugendliche. Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft

Scheithauer H, Bondü R (2011) Amoklauf und School Shooting: Bedeutung, Hintergründe und Prävention. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

Schmidt W (2012) JUNG DEUTSCH TALIBAN. Berlin: CH. Links Verlag

Siegel A, Victoroff J (2009) Understanding human aggression: New insights from neuroscience. Int J Law Psychiat 32: 209–15

Simon JD (2013) Lone Wolf Terrorism. Understanding the growing threat. Amherst: Prometheus Books

Sirsch J, Glaz-Ocik J, Hoffmann J (2014) Schwere Gewalt in Jobcentern. Risikomerkmale & Präventionsansätze. Polizei & Wissenschaft 3: 59–70

Spaaij R (2012) Understanding Lone Wolf Terrorism. Global Patterns, Motivations and Prevention. Heidelberg: Springer

Steinberg G (2012) Jihadismus und Internet: Eine deutsche Perspektive. Berlin: SWP-Studie. Stiftung Wissenschaft und Politik. Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit

Thomson L, Darjee R (2009) Associations between psychiatric disorder and offending. In: Gelder MG, Andreasen N, Lopez-Ibor J, Geddes H (eds.) New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, p. 1917–1926

van Buuren J (2012) Performative Violence? The Multitude of Lone Wolf Terrorism. Terrorism: An Electronic Journal and Knowledge Base 1: 1–23



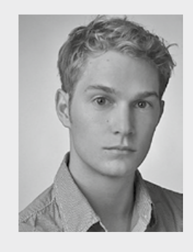
Dipl.-Psych. Karoline Roshdi

Kriminalpsychologin & Systemischer Coach. Freie Mitarbeiterin am Institut Psychologie & Bedrohungsmanagement und Team Psychologie & Sicherheit, Gesellschafterin be-task. Seit 2009 Publikationen in den Bereichen zielgerichteter Gewalt, Amok, Stalking, Terrorismus und Workplace Violence. Regelmäßige Lehraufträge an der Hochschule für Polizei & Verwaltung.



Dr. phil. Dipl.-Psych. Jens Hoffmann

Leiter des Instituts Psychologie & Bedrohungsmanagement, Mitgeschäftsführer der Team Psychologie & Sicherheit GmbH. Verantwortlich für die Einführung des psychologischen Bedrohungsmanagements bei Unternehmen und Hochschulen in Deutschland und der Schweiz. Lehraufträge an verschiedenen Hochschulen in Deutschland und der Schweiz. Ehemaliger Präsident des Europäischen Fachverbandes für Bedrohungsmanagement AETAP.



Mirko Allwinn, B.Sc.

Herr Allwinn studierte in Darmstadt und Bonn Psychologie mit den Schwerpunkten in klinischer Psychologie und Rechtspsychologie. Seit 2011 arbeitet er bei I:P:Bm. Forschungsschwerpunkte sind zielgerichtete Gewalttaten, u.a. School Shootings und Mehrfachtötungen durch Erwachsene unter anderem im Rahmen des Target-Projekts.

26 Welche Hilfestellung benötigen Behinderte in Schadensfällen? Target Group Intervention Program-Disability

Robert Bering, Florentine Gerwinn, Claudia Schedlich und Gisela Zurek

Mit der Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention haben wir uns der Gleichstellung von behinderten Menschen neu verpflichtet. Bisher findet dieser Aspekt in den gängigen Multidisciplinary Guidelines (MG) zur Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) nur wenig Berücksichtigung. Wir stellen uns die Frage, welche Empfehlungen im Umgang mit behinderten Menschen in der Psychosozialen Akuthilfe, der Notfallmedizin und der mittel- und langfristigen psychosozialen Versorgung auszusprechen sind. Hierbei haben wir folgenden methodischen Ansatz: Auf der Grundlage des Target Group Intervention Program (TGIP), das im Rahmen von Förderungen der Europäischen Kommission entwickelt worden ist, weisen wir auf Besonderheiten hin, die im Umgang mit behinderten Menschen zu berücksichtigen sind. Hierbei differenzieren wir die Akutintervention vom mittel- und langfristigen Prozess und differenzieren die sogenannte Selbstheiler-, Wechsler und Risikogruppe. In der Notfallmedizin steht sicherlich die Akutversorgung im Mittelpunkt. Unser Beitrag ist nicht nur an Notärzte und Rettungssanitäter gerichtet, sondern schließt auch Notfallseelsorger und Notfallpsychologen sowie professionelle Helfer der mittel- und langfristigen psychosozialen Versorgung ein.

26.1 Einführung

Wir können davon ausgehen, dass die Mehrzahl der Betroffenen auf eine Schadenslage, die mit notfallmedizinischen Einsätzen in Verbindung stehen, mit einer vorübergehenden Stressreaktion reagieren (vgl. NATO & OTAN 2008: 39). Hierzu zählen wir z.B. schwere Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen, Terroranschläge und andere Großschadenslagen. Aus klinischer Sicht entwickelt sich oft eine akute Belastungsreaktion (F43.0), die sich bei dem weit überwiegenden Teil der Betroffenen spontan rückläufig entwickelt. Die Betroffenen benötigen in erster Linie praktische Hilfe,

Wiedererstellung ihrer sozialen Bezugssysteme und bedarfsorientierte psychosoziale Akuthilfen zur Rückkehr in die Normalität. Ein Teil der Betroffenen entwickelt längerfristige psychische Beeinträchtigungen. Der Anteil wird auf 25% geschätzt (vgl. NATO & OTAN 2008: 36), wobei in Abhängigkeit von der Schadensereigniskonstellation mit einer großen Schwankungsbreite zu rechnen ist.

Im ICD-10 werden anhaltende Reaktionen auf schwere Belastungen unter Anpassungsstörung (F43.2) und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS, F43.1) klassifiziert. Da sich auch Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen manifestieren können, sprechen wir von Verlaufstypen einer Belastungsstörung. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2005) ermöglicht die Berücksichtigung von Kontextfaktoren, die sich durch Großschadenslagen schlagartig verändern können. Es können mentale Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe als Folge auftreten.

Mit der Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, 2009) haben wir uns der Gleichstellung von behinderten Menschen neu verpflichtet. Bisher findet dieser Aspekt in den gängigen Multidisciplinary Guidelines (MG) zur Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) nur wenig Berücksichtigung. Es stellt sich die Frage, welche Empfehlungen wir für diese Gruppe aussprechen können? Wir stützen uns auf das Target Group Intervention Program (TGIP), das wir als Kriseninterventionsprogramm aus den Schlussfolgerungen der sogenannten „Debriefingkontroverse“ entwickelt haben (vgl. Bering 2011). Das TGIP folgt dem Ansatz, alle Interventionen aus der Perspektive von Betroffenen abzuleiten, die ein hohes Risiko haben, eine Psychotraumafolgestörung zu entwickeln. Die Identifikation einer Risikogruppe erfordert die Kenntnis von spezifischen Risikofaktoren und die Entwicklung von Instrumenten, die in der Lage sind, diese zu erfassen. Hierzu haben wir den sogenannten Kölner Risiko Index (KRI) in verschiedenen Versionen entwickelt (Bering u. Fischer 2005). Vor diesem Hintergrund basiert unser Konzept auf dem

- Prozessverlauf von Belastungsstörungen
- Risikogruppenidentifizierung
- Anpassung des Konzepts auf verschiedene Situationstypologien.

Allerdings stellen wir fest, dass bisher kaum darüber nachgedacht wurde, wie die besondere Bedarfslage von Behinderten zu berücksichtigen ist. Auch die internationalen MG zur Early Intervention haben dieses Problem kaum bedacht. Aus diesem Grund stellen wir im ersten Schritt die Grundzüge des TGIP dar, um in einem zweiten Schritt die besondere Bedarfslage von behinderten Menschen zu reflektieren.

Ersthelfer, Polizisten, Rettungsassistenten, Ärzte und Feuerwehrmänner müssen sich in verschiedenen Schadenslagen unter besonders schwierigen Bedingungen auf behinderte Menschen einstellen. Aus diesem Grund müssen wir die oben charakterisierte Herangehensweise um die Berücksichtigung der spezifischen Bedarfslage von Menschen mit Behinderungen erweitern.

26.2 Target Group Intervention Program

Die Interventionsplanung orientiert sich am Prozessverlauf (Zeitkriterium) und am Risikoprofil der Betroffenen. Mit anderen Worten: Es stellt sich die Frage, zu welchem

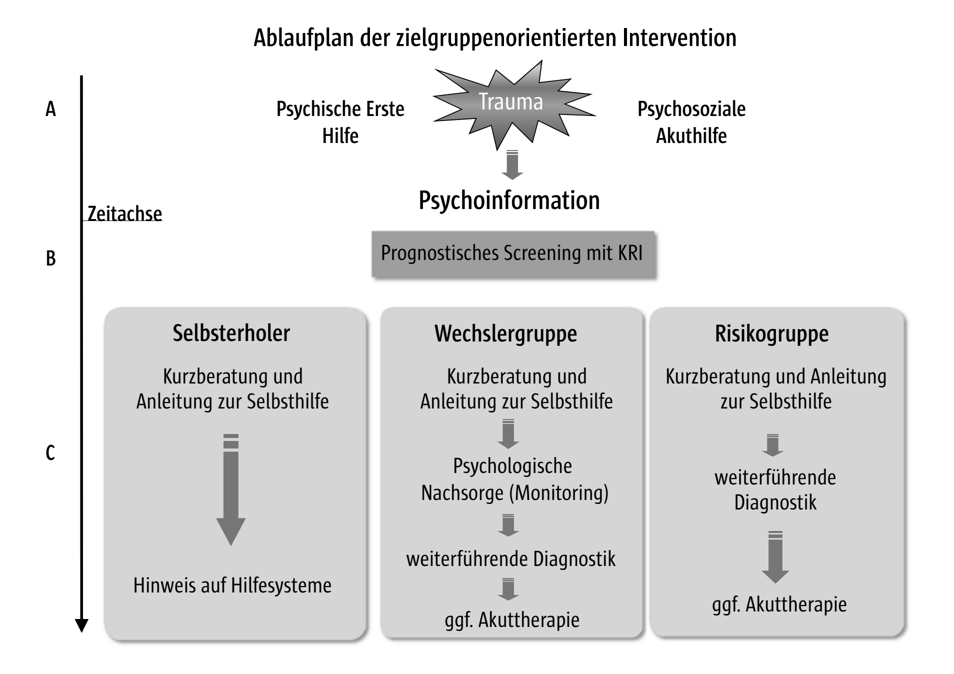


Abb. 16 Target Group Intervention Program. Die Art der Intervention ist vom Prozessverlauf der Belastungsstörung abhängig. In der Phase A steht die Akutversorgung im Mittelpunkt. Die Phase B beschreibt den Übergang von der Schock- zur Einwirkungsphase. Im Mittelpunkt der Phase B stehen die Psychoinformation und das Screening mit dem Kölner Risikoindex. Die Phase C leitet in eine abgestufte Interventionsplanung für die Selbsterholer-, Wechsler- und Risikogruppe ein.

Zeitpunkt welche Intervention erfolgen sollte? Um diese Frage zu beantworten, werfen wir einen Blick auf den Zeitstrahl in Abbildung 16, der in die Akut- (A), die Übergangs- (B) und die Einwirkungsphase (C) unterteilt ist.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Interventionen für die unterschiedlichen Kontrastgruppen geeignet sind. Hierzu werden die aufgeführten Maßnahmen aus dem Standardablaufplan (s. Abb. 16) in risikoabhängige und risikounabhängige Module des TGIP unterteilt (s. Tab. 28). Das Ziel ist es, die Ablaufpläne so zu flexibilisieren, dass sie möglichst jede Konstellation berücksichtigen können.

Unabhängig von Einsatzbedingungen, Interventionszeitpunkt und individuellem Risikoprofil gelten basale Maßnahmen, die im Rahmen der sekundären Prävention durchgeführt werden. Hierzu zählen die psychosoziale Akutversorgung Betroffener durch primäre Sicherung, psychologische Erste Hilfe und psychosoziale Akuthilfe (Phase A). Erst wenn die Schockphase abgeklungen ist, erfolgt eine Psychoinformation, die u.a. das prognostische Screening mit dem KRI vorbereitet. Die Ergebnisbesprechung und Kurzberatung schließt die Übergangsphase (B) ab.

Zu den risikoabhängigen Interventionsmodulen gehören das Monitoring, die weiterführende Diagnostik, die Einzelberatung, die Angehörigenberatung und die Trauma-Akuttherapie. Auf dem Zeitstrahl sind diese Interventionen der Phase C zuzuordnen.

Tab. 28 Module der zielgruppenorientierten Intervention (modifiziert nach Schedlich et al. 2008)

Risikounabhängige Maßnahmen	Risikoabhängige Maßnahmen
■ psychische Erste Hilfe ■ psychosoziale Akuthilfe ■ administrative und rechtliche Hilfen ■ Unterstützung bei der Organisation von Ritualen/Gedenkfeiern ■ Psychoinformation ■ prognostisches Screening mit dem Kölner Risikoindex ■ Ergebnisbesprechung und Kurzberatung im Einzelsetting ■ Anleitung zur Selbsthilfe	■ Monitoring ■ weiterführende Diagnostik ■ traumazentrierte Fachberatung ■ Angehörigenberatung ■ Trauma-Akuttherapie

Links sind Maßnahmen aufgeführt, die unabhängig vom individuellen Risikoprofil durchgeführt werden sollten. Rechts sind Maßnahmen und Interventionen aufgeführt, die in Abhängigkeit vom erstellten Risikoprofil durchgeführt werden.

Somit orientiert sich die Platzierung der Interventionsmodule am Zeitstrahl und am Risikoprofil der Betroffenen. Bisher haben wir uns noch nicht geäußert, was genau den Betroffenen hilft. Hierzu verweisen wir auf die fünf Prinzipien von Hobfoll et al. (2007), die uns Orientierung geben, mit welcher Haltung alle Interventionsmodule durchzuführen sind. Sie lauten:

- Fördere das Sicherheitsgefühl,
- Fördere Beruhigung,
- Fördere das Gefühl von eigener und kollektiver Handlungsfähigkeit
- Fördere Kontakt und Anbindung und
- Fördere das Gefühl von Hoffnung

Diese Prinzipien gelten als Richtlinie für alle Berufsgruppen, die notfallmedizinisch und in die psychosoziale Versorgung eingebunden sind. In unserem Modell gehen wir davon aus, dass diese Prinzipien auch im Umgang mit Behinderten richtungsweisend sind. Um zu einer weiteren Differenzierung zu gelangen, ist es hilfreich, zwischen Maßnahmen zu unterscheiden, die unabhängig und abhängig vom individuellen Risikoprofil empfohlen werden. Berufsgruppen der Notfallmedizin sind in unserem Modell überwiegend der Akutphase zuzuordnen. Ist diese Phase bewältigt, so erfolgt die weitere Betreuung in der Regel durch psychosoziale Akuthelfer (Notfallseelsorger, Kriseninterventionsteams oder Notfallpsychologen). Wir definieren diese Berufsgruppen also explizit als Bestandteil einer notfallmedizinischen Konzeption.

26.2.1 Risikounabhängige Interventionen

Psychosoziale Akuthilfe (Phase A)

In der Akutsituation gelten zunächst für alle Betroffenen – unabhängig von ihrem Risikoprofil – Maßnahmen der primären Versorgung. Hierzu gehören:

- Sicherung und Schutz für die Betroffenen
- medizinische Versorgung

- Distanzierung vom Ort des Ereignisses
- psychische Erste Hilfe
- psychosoziale Akuthilfe

Die Vermittlung von Informationen beschränkt sich zu diesem Zeitpunkt auf die Transparenz des Vorgehens (medizinische Maßnahmen, Aufenthaltsmöglichkeiten, Ansprechpersonen etc.), beruhigendes Einwirken und erste Informationen zu Möglichkeiten der Selbstberuhigung. Fragen der betroffenen Personen über die Ursachen der Schadenslage werden, soweit bekannt, beantwortet. Informationen müssen klar, kurz und verständlich vermittelt werden, da in der Schocksituation die Aufnahmekapazität eingeschränkt, die Wahrnehmung verzerrt (z.B. Amnesien, Tunnelblick, Zeitlupenerleben) und Handlungsautomatismen gegeben sind (z.B. „Totstellreflex"). Diese Phänomene werden unter dem Fachbegriff der peritraumatischen Dissoziation zusammengefasst.

Psychoinformation (Phase B)

Die Psychoinformation ist die sachliche Vermittlung von Informationen zu psychischen Phänomenen und Prozessen in unterschiedlichen Kontexten. Zeitlich ist die Psychoinformation in die Phase B, d.h. 2 bis 3 Tage nach dem psychotraumatischen Ereignis, eingeordnet. Bei der Psychoinformation über seelische Verletzungen werden psychotraumatische Verlaufsformen, Möglichkeiten zur Ressourcenstärkung und Hilfsangebote vorgestellt. Ziel einer jeden Psychoinformation ist die Stabilisierung durch Wissenszuwachs, die Erhöhung der Compliance und die individuelle Befähigung zur adäquaten Einschätzung von Risikoverläufen. Die Psychoinformation bei Psychotraumen unterstützt die kognitive Erfassung und Einordnung emotionalen Erlebens und unerklärlicher Verhaltensweisen. Sie wirkt somit dem überwältigenden Gefühl von unkontrollierbaren Sinneseindrücken und Handlungsimpulsen entgegen und erleichtert die Distanzierung von überflutenden Gefühlen. Je nach Interventionszeitpunkt und Setting (Einzel- oder Gruppensetting) variieren die inhaltlichen Schwerpunkte.

> *In der Regel besteht, gerade bei größeren Schadensfällen, ein ausgeprägtes Informationsbedürfnis bei direkt und indirekt Betroffenen.*

Informationen werden gewünscht über Ereignishergang, -umfang, Auslösesituationen, Fragen der Verantwortlichkeit, Anzahl der verletzten und verstorbenen Personen etc. Dies erfordert die Anwesenheit zumindest einer Person, die umfassend über Ereignishergang und -folgen informiert ist. Die Informationsvermittlung unterstützt bei den Betroffenen die kognitive Integration z.T. fragmentierter Erinnerungen in eine Gesamtsituation. Um Belastungseffekte in der Gruppe zu minimieren, sollte Folgendes beachtet werden: Informationen werden *sachlich* vermittelt, in einer Art Vortragsform, was die emotionale Distanzierung unterstützt. Die Informationen müssen knapp, klar und verständlich formuliert sein. Zu komplexe Inhalte überfordern, können nicht längerfristig gespeichert werden, und es besteht die Gefahr, dass die Betroffenen ‚abdriften'. Traumaexplorative Elemente und der Austausch traumabezogener Emotionen sind in der Gruppe *unbedingt* zu vermeiden, da dies insbesondere für Risikopersonen einen retraumatisierenden Effekt haben kann. Werden traumaexplorative Elemente

mit ausgeprägter Emotionalität von Teilnehmern in die Gruppe eingebracht, werden diese mit Hinweis auf die Überforderung in der Gruppe behutsam gestoppt und auf den Einzelkontakt verwiesen. Ein Austausch in der Gruppe wird vornehmlich gefördert in Bezug auf ressourcenfördernde Maßnahmen. Hier können die Teilnehmer angeregt werden, erfolgreiche individuelle Strategien der Selbststabilisierung mitzuteilen. Ohne die Perspektive weiterführender Maßnahmen kann eine überwiegend sachliche Informationsvermittlung und das Begrenzen eines emotionalen Austausches als ‚im Stich gelassen werden' erlebt werden. Zur manualisierten Darstellung der Durchführung einer Psychoinformation verweisen wir auf Zurek et al. (2008).

Prognostisches Screening von Risiko- und Schutzfaktoren (Phase B/C)

Im Anschluss an die Psychoinformation wird in der Übergangsphase (Phase B) das prognostische Screening mit dem Kölner Risiko Index (KRI) zur differenzierten Einschätzung des individuellen Risikoprofils durchgeführt. In der Literatur werden mit dem Begriff des „Screenings" unterschiedliche Konzepte verbunden (IMPACT 2007). Wir verstehen darunter die individuelle Sichtung, in welchem Gleichgewicht Risiko- und Schutzfaktoren zueinander stehen.

Die Voraussetzung für eine zielgruppenorientierte Vorgehensweise ist die Kenntnis und Identifikation von Risikofaktoren von Psychotraumafolgestörungen. Aus unseren Validierungs- und Intervalidierungsstudien haben sich generelle Risikofaktoren ableiten lassen. Es handelt sich um die Faktorengruppen: Lebensgeschichte, objektive Situationsfaktoren, subjektive Situationsfaktoren, Risiko- und Schutzfaktoren, die im Verlaufsmodell der Psychotraumatisierung dargestellt sind.

Zu den *lebensgeschichtlichen Faktoren* gehören z.B. die prätraumatische sozio-emotionale Situation des Betroffenen und vorausgegangene traumatische Erfahrungen. Emotionale Probleme, Schwierigkeiten und Belastungen in Beziehungen, innerhalb der Familie oder auch berufliche Unzufriedenheit oder Perspektivlosigkeit können das Erkrankungsrisiko verstärken. Zum anderen erhöhen vorhergehende traumatisierende Erfahrungen im Lebenslauf das Risiko einer traumatischen Symptombildung. Besonders drastisch können sich die Folgen entwickeln, wenn eine vorherige traumatische Erfahrung nicht verarbeitet, sondern im traumatischen Prozess nur traumakompensatorisch kontrolliert wurde. Durch die erneute Traumatisierung können vorherige Traumaschemata reaktiviert und verstärkt werden.

Zu den *ereignisbezogenen Risikofaktoren* zählen die objektiven und subjektiven Situationsfaktoren. Zu den objektiven Situationsfaktoren werden die Art des belastenden Ereignisses, die Schwere und Dauer der traumatischen Einwirkung, körperliche Verletzungen und die Bekanntheit des Täters gezählt. Zu den subjektiven Situationsfaktoren gehören die erlebte Lebensbedrohlichkeit und das Ausmaß der peritraumatischen Dissoziation. Je stärker während der situativen Einwirkung dissoziiert wurde, umso schwerer ist die traumatische Erfahrung rekonstruierbar und der bewussten Verarbeitung zugänglich.

Zu den *Risikofaktoren im Traumaverlauf* gehören vor allem negative Erfahrungen mit der privaten Umwelt, am Arbeitsplatz und mit öffentlichen Funktionsträgern. Eine verständnislose soziale Umwelt, mangelnde Anerkennung der Schwere der Belastung, die Aufforderung zu ‚vergessen' oder ‚sich zusammenzureißen' und das Drängen auf schnelle Wiederherstellung des prätraumatischen Funktionsniveaus können die traumatische Einwirkung verstärken und verlängern. So gilt im Gegenzug als einer der

wesentlichen Schutzfaktoren, der die Verarbeitung in der Erholungsphase günstig beeinflusst, ein verständnisvolles und gewährendes soziales Umfeld. Ein weiterer Belastungsfaktor für Betroffene liegt häufig in dem Kampf um institutionelle Anerkennung der traumatischen Einwirkung und der daraus resultierenden Folgen, so z.B. bei der Frage der Kostenübernahme für Behandlungen. Die Erholungsphase sollte in jedem Fall durch Maßnahmen wie Ruhe, Entspannung und Fernhalten von der traumatisierenden Umgebung unterstützt sein. Generell sollten Stress und zusätzliche Belastungen vermieden werden.

Die Validierung des KRI stellt die Beziehung her zwischen den Faktorengruppen und der Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung von Symptomen im Prozessverlauf einer Belastungsstörung.

In der Instruktion zum KRI sind die Betroffenen darauf hinzuweisen, dass das Ergebnis des Fragebogens maßgeblich ist für die Planung weiterer notwendiger Unterstützungsmaßnahmen. Gerade in Gruppen, bei denen eine ausgeprägte Tendenz zur Dissimulation zu vermuten ist, sind Formulierungen zu vermeiden, die die Erstellung des individuellen Risikoprofils betonen. Es empfiehlt sich zu sagen: „Die Beantwortung des Fragebogens unterstützt uns einzuschätzen, welche Angebote gemacht werden können, um die belastende Erfahrung möglichst schnell zu verarbeiten“. Die Information über die vertrauliche Behandlung der Fragebogenergebnisse und der Hinweis auf die Schweigepflicht sind *unbedingt* erforderlich, um eine Mitarbeit der Betroffenen zu gewährleisten. Der KRI kann bei geringer Personenanzahl im Einzelkontakt als Interview durchgeführt werden, was eine unmittelbare Einschätzung und Rückmeldung des individuellen Risikos und die Besprechung geeigneter Maßnahmen erlaubt. Bei größeren Gruppen von Betroffenen oder geringer Personalkapazität kann der KRI auch als Selbstbeurteilungsfragebogen in Gruppen ausgefüllt werden. Das individuelle Risikoprofil soll jedem Betroffenen jedoch *immer* im Einzelkontakt mitgeteilt werden. Nur so kann einer Stigmatisierung in der Gruppe und Dissimulationseffekten vorgebeugt werden.

Abhängig vom erreichten Punktwert im KRI werden die Betroffenen einer der Gruppen zugeordnet: der Selbsterholer-, der Wechsler- oder der Risikogruppe. Bei den Selbsterholern ist mit großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sie das Ereignis im Rahmen ihres natürlichen Verarbeitungsprozesses mit eigenen Ressourcen und Potenzialen bewältigen. Die Gruppe der Wechsler steht sozusagen ‚auf der Kippe‘. Entscheidend dafür, ob der traumatische Verlauf in die Erholungsphase oder in eine Chronifizierung übergeht, ist das Ausmaß zusätzlicher sozialer und institutioneller Belastungen nach dem Ereignis. Die Personen der Risikogruppe weisen ein hohes Risiko auf, eine chronifizierende PTBS oder andere psychiatrische oder psychosomatische Beschwerdebilder zu entwickeln. Bei der Anwendung des KRI sollten wir Folgendes bedenken: In der akuten Schockphase ist die Anwendung obsolet; in der späten Einwirkungsphase ideal. Auch wenn die Anwendung nicht immer möglich ist, so beeinflusst das Wissen um Risikofaktoren den Umgang mit den Betroffenen erheblich. Für die genauere Beschreibung zur Durchführung des Kölner Risikoindex verweisen wir auf das Manual von Bering et al., 2008, das frei zugänglich ist.

Ergebnisbesprechung und Kurzberatung im Einzelsetting (Phase B/C)

Nach dem prognostischen Screening mit dem KRI wird im Einzelkontakt mit jedem Betroffenen sein persönliches Ressourcen- und Risikoprofil besprochen. Diese Kurz-

beratung und Prognostik sollen erst nach Abschluss der Schockphase (zwei bis drei Tage nach dem Ereignis) erfolgen. Der persönliche Kontakt erlaubt dem Berater auch die kurze Exploration potenzieller Risiko- und Schutzfaktoren, die Erfassung individueller Ressourcen für die postexpositorische Zeit und einen ersten Eindruck individueller traumakompensatorischer Strategien. Je nach verfügbarem Zeitrahmen haben die Betroffenen im Einzelsetting die Möglichkeit, das Erleben der traumatisierenden Erfahrung anzusprechen. Der Berater sollte aber eine emotionale Vertiefung in diesem Kontext verhindern, ressourcenorientiert intervenieren und auf weitere Kontaktmöglichkeiten verweisen.

Wesentlich ist in der Kurzberatung die Besprechung notwendiger und möglicher Unterstützungsmaßnahmen, die ausführlich erklärt werden sollen. Die Transparenz bezüglich notwendiger Maßnahmen kann langfristig eine höhere Compliance bewirken. Zum Abschluss des Einzelkontaktes können ‚Merkblätter' mit Kontaktadressen ausgehändigt werden. Insbesondere bei Schadensereignissen, die auf eine mutmaßliche Straftat zurück zu führen sind, ist die Erstberatung eine wichtige Weichenstellung, um den Zugang zu Opferschutzambulanzen zu vermitteln.

Anleitung zur Selbsthilfe (Phase B/C)

Eine weitere Maßnahme, die allen Kontrastgruppen angeboten wird, ist die Anleitung zur Selbsthilfe. Den Betroffenen werden Techniken zur Selbstberuhigung und Distanzierung von überflutendem traumatischem Material vermittelt. Hierzu gehören Distanzierungsübungen (z.B. Ablenken durch Rechnen, Sehen-Hören-Empfinden), imaginative Techniken (z.B. Lichtstromtechnik, sicherer innerer Ort, innere Helfer), Entspannungsübungen und Hinweise zu stressreduzierenden Verhaltensweisen (Fischer 2003; Reddemann 2001). Diese Techniken unterstützen den natürlichen Verarbeitungsprozess und fördern den Übergang in die Erholungsphase. Durch die Übungen vermögen die Betroffenen die Erfahrung zu machen, dass sie ihre Emotionen und Gedanken beeinflussen können.



Die Möglichkeit der kognitiven und emotionalen Kontrolle wirkt dem traumatischen Erleben von Kontrollverlust und Hilflosigkeit entgegen.

Erfahrungsgemäß vermögen Betroffene die angebotenen Techniken unterschiedlich gut zu nutzen. Damit jeder die persönlich am besten verwertbaren und passenden Techniken auswählen kann, ist es sinnvoll, ein möglichst breites Spektrum von Techniken anzubieten. Da Zeitgründe dem oft eine Grenze setzen, ist hier noch einmal der Hinweis auf die Selbsthilfebroschüren und Audioversionen mit Übungsanleitungen besonders wichtig. Dort finden die Betroffenen einen umfassenden Katalog von Übungen, die sie ausprobieren und ihren individuellen Vorlieben entsprechend auswählen können.

26.2.2 Risikoabhängige, zielgruppenbezogene Interventionen (Phase C)

Nach der Akutversorgung, der Psychoinformation, der Prognostik, der Kurzberatung und der Anleitung zur Selbsthilfe unterscheiden sich die angebotenen Unterstüt-

zungsmaßnahmen in Abhängigkeit vom jeweiligen Risikoprofil, die sich in der Regel bis zu 6 Wochen nach dem Ereignis erstrecken. Ausnahmen bilden Psychotherapien im engeren Sinne des mittel- und langfristigen Prozesses.

Zielgruppenorientierte Intervention bei den Selbsterholern

Für die Gruppe der Selbsterholer können die bis zu diesem Zeitpunkt angebotenen Maßnahmen zur Unterstützung des Verarbeitungsprozesses – erste Stabilisierung, Psychoinformation, Kurzberatung und Anleitung zur Selbsthilfe – ausreichen. Hilfreich sind in jedem Fall die Sensibilisierung der Betroffenen für chronifizierende Verlaufsformen und der Hinweis auf Unterstützungsangebote. Ein weiterer Kontakt nach zwei bis drei Wochen – persönlich oder telefonisch – kann angeboten werden. Eventuell ungünstige Verlaufsformen und zusätzliche Belastungen können dann erfragt und bei Bedarf weitere Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden. Der Umgang mit einem Selbsterholer zielt darauf ab, dem Betroffenen die Sicherheit zu vermitteln, dass bei unerwarteten Komplikationen Helfer zur Verfügung stehen.

Zielgruppenorientierte Intervention bei der Wechslergruppe

Betroffene, die in die Gruppe der Wechsler eingestuft werden, benötigen eine Nachsorge im Sinne eines begleitenden Monitorings. Hierbei liegt der Fokus auf der Gefahr der Risikopotenzierung durch belastende Lebensumstände. Weiterführende Interventionen – wie Beratung oder Traumaakuttherapie – können bei progredienter Entwicklung frühzeitig angeboten werden. Die regelmäßige Kontaktaufnahme in den Wochen und Monaten nach dem Ereignis soll, sei dies telefonisch oder persönlich, proaktiv durch Fachkräfte der psychosozialen Hilfen erfolgen. Traumaimmanente Vermeidungstendenzen mit einer depressiven Entwicklung, Verleugnung und Bagatellisierung können hierdurch erkannt und durch gezielte Interventionen gelöst werden.

> *Hilfreich sind konkrete Termine für Telefonate einer persönlichen Kontaktaufnahme, die auf den Prozessverlauf abgestimmt ist und den biphasischen Verlauf von Vermeidung und Intrusionszyklus berücksichtigt. Dies vermittelt Sicherheit und kann einen psychischen ‚Anker' für die Betroffenen bedeuten.*

Werden Termine nicht wahrgenommen, obliegt es der Bezugsperson, aktiv Kontakt aufzunehmen und zu klären, aus welchem Grund Termine nicht wahrgenommen wurden. Nur so können eventuell Verleugnungs- und Rückzugstendenzen rechtzeitig erkannt und abgefangen werden.

Zielgruppenorientierte Intervention bei der Risikogruppe

Bei den Risikopersonen sollte in jedem Fall eine umfassende individuelle Beratung in mehreren Beratungskontakten erfolgen. Eine differenzierte klinische Diagnostik kann klären, ob sich eine PTBS oder andere komorbide Störungen entwickelt haben, die ausschließlich von Psychologischen Psychotherapeuten oder Fachärzten durchgeführt werden sollte. Sollte das Risiko zeigen, dass sich eine psychische Störung entwickelt, so ist eine Traumaakuttherapie zu empfehlen. Sinnvoll ist es, wenn mög-

lich, auch die Angehörigen in die Beratung und Behandlung zu integrieren, um so einen der wesentlichen protektiven Faktoren – die soziale Unterstützung – zu stärken.

26.3 Welche Hilfestellung benötigen Behinderte in Schadensfällen?

Zunächst müssen wir uns vor Augen führen, dass der Umgang mit behinderten Menschen in der PSNV noch nicht systematisch konzeptionalisiert ist. Wir möchten erste Schritte gehen, indem wir das TGIP unter dem Aspekt der besonderen Bedürfnislage behinderter Menschen reflektieren. Wir müssen also den Prozessverlauf von Belastungsstörungen und die Risikogruppenidentifizierung unter differentiellen Aspekten unterschiedlicher Behinderungen betrachten. Wir gehen von der Grundannahme aus, dass die 5 Prinzipien von Hobfoll et al. (2007, s.o.) für behinderte Menschen gleichermaßen zu berücksichtigen sind wie bei nichtbehinderten Menschen. Wir gehen davon aus, dass die Tatsache einer Behinderung nicht impliziert, dass die Zugehörigkeit zur Risikogruppe ohne Sichtung von Risiko- und Schutzfaktoren gegeben ist. Wir gehen auch davon aus, dass die Differenzierung in Selbsterholer, Wechsler- und Risikogruppe auch für behinderte Menschen Gültigkeit hat. Allerdings folgern wir, dass Behinderungen Vulnerabilitäten mit sich bringen, die zu bedenken sind.

In den ersten Handlungsempfehlungen für die PSNV für Menschen mit Behinderungen differenzieren wir zwischen Sinnesbehinderungen, Körperbehinderungen und geistigen Behinderungen. Wir müssen uns konzeptionell darauf einstellen, dass sie kombiniert sein können. Beginnen wir mit den Sinnesbehinderungen.

26.3.1 Sinnesbehinderungen

Unter Menschen mit Sinnesbehinderung verstehen wir primär Menschen mit einer Schädigung des Seh- oder Hörvermögens, die nicht durch kompensatorische Hilfsmittel (z.B. Brille oder Hörhilfe) ausgeglichen werden kann. Wahrnehmungs- und Kommunikationseinschränkungen sind somit das zentrale Thema, auf das sich Berufsgruppen der Notfallmedizin einstellen müssen. Menschen mit Hörschädigungen weisen hohe Prävalenzraten hinsichtlich psychischer Störungen auf (Fellinger et al. 2012). Bei sehbehinderten Menschen gibt es keine aussagekräftigen Ergebnisse; es lassen sich lediglich Hinweise auf eine höher ausgeprägte Symptombelastung im Vergleich zu sehenden Menschen finden (Sarimski 2005). Sinnesbehinderte Menschen gelten als besonders vulnerabel (Gerber 2009; Neuhauser et al. 2013; Stout et al. 2004; Sullivan u. Häkkinen 2006). Sinnesbehinderte weisen außerdem ein erhöhtes Risiko auf, sich im Rahmen von Großschadensereignissen nicht in Sicherheit bringen zu können, Gefahren nicht angemessen wahrzunehmen und sich zu verletzen (Legood et al. 2002). Auditive oder visuelle Warnungen und Anweisungen zu Evakuierung oder bestehende Gefahren können nicht wahrgenommen oder umgesetzt werden (Ulmasova et al. 2009).

> *Hörgeschädigte und Sehbehinderte sind besonders vulnerabel, wenn sie ihre Sinnesbehinderung nicht durch andere Sinnesorgane kompensieren können.*

Bei Hörgeschädigten ist das vor allem in der Dunkelheit, beim Fahren von Fahrzeugen oder anderen Situationen gegeben, in denen das Sichtfeld eingeschränkt ist. Sehbehinderte Menschen sind bei einer lauten Geräuschkulisse besonders empfindsam (Stout et al. 2004; U.S. Department of Education 2008).

Die Notwendigkeit, Handlungsempfehlungen für diese Gruppe zu entwickeln, hat auch die europäische Kommission erkannt. Aus diesem Grunde haben wir das EU-Projekt „European Network for Psychosocial Crisis Management – Assisting Disabled in Case of Disaster (**EUNAD**)“ in das Leben gerufen. EUNAD beschäftigt sich mit der speziellen Psychotraumatologie von seh- und hörbehinderten Menschen sowie den speziellen Bedarfen in der PSNV und hat Empfehlungen für die PSNV mit dieser Zielgruppe entwickelt. Ein zentrales Ergebnis von EUNAD ist die Feststellung von grundsätzlich gleichen Bedarfen bei Menschen mit Sinnesbehinderungen und Menschen ohne Sinnesbehinderungen. Es lassen sich lediglich Unterschiede bei der Versorgung und Priorität der Bedarfe feststellen (EUNAD 2014; Gerwinn et al. 2015). Wir gehen gesondert auf die Hör- und Sehbehinderung ein.

Hörbehinderungen

Für die Akutversorgung (Phase A, s. Abb. 16) sollte von allen Berufsgruppen der Notfallmedizin folgende Empfehlungen im Zusammenhang mit hörgeschädigten Menschen berücksichtigt werden:

1. Menschen mit Hörschädigung gehen unterschiedlich mit ihrem Hörverlust um. Um Schamgefühle und das Gefühl des Bloßstellens zu vermeiden, sollten alle Angebote optional und selbstbestimmt gestaltet sein.
2. Für eine funktionierende Informationsvermittlung sollte das Informationsdefizit durch individuelle Betreuung mithilfe geeigneter Kommunikationsmethoden und unter Berücksichtigung von hörschädigungsspezifischen Kommunikationsanforderungen kompensiert werden.
3. Hörschädigungsspezifische Kommunikationsanforderungen sind:
   - mehr Zeit einplanen.
   - Kontaktaufnahme sollte visuell (z.B. mit der Hand winken) oder sensitiv (z.B. Stampfen auf dem Boden oder Antippen) erfolgen.
   - Körperkontakt hat einen beruhigenden Einfluss und ist in der Gehörlosenkultur verstärkt üblich.
   - Aufnehmen und Halten von Augenkontakt signalisiert beiderseitige Aufmerksamkeit. Während der Kommunikation den Blick abzuwenden gilt in der Gehörlosenkultur als unhöflich.
   - Bei hochgradig Schwerhörigen ist festzustellen, ob es ein besser hörendes Ohr gibt und sich entsprechend zu positionieren.
   - Berücksichtigen, dass hochgradig hörgeschädigte Menschen unterschiedliche kommunikative Fähigkeiten aufweisen. Daher sollte zuerst die individuellen kommunikativen Fähigkeiten erfasst und die jeweilig präferierte Kommunikationsmethode genutzt bzw. bereitgestellt werden.
4. Geeignete Kommunikationsmethoden können sein:
   - Lautsprache (einfache und kurze Sätze im lauten und deutlichen Ton formulieren, das Gesicht nicht abwenden, den Mund nicht verdecken),
   - DGS (Gebärdensprachdolmetschen organisieren und über andere Kommunikationsmethoden informieren, dass Gebärdensprachdolmetschen bereitgestellt wird),

- Nonverbale Kommunikation (z.B. Gesten, Mimik, Körpersprache, Deuten, intuitive Gebärden),
- Schriftsprache (kurze und einfache Sätze nutzen, keine Fremdwörter, Namen/Eigennamen immer aufschreiben).
- Informationsvermittlung durch Sicht auf das Geschehen,
- Bilder (z.B. über standardisierte Karten oder Malen Schmerzen abfragen),
- Kommunikation über Anwesende (z.B. gebärdensprachkompetente Betroffene) diese Methoden sollte ausschließlich übergangsweise genutzt werden, da kein Eins-zu-Eins Dolmetschen gewährleistet ist (Gerwinn et al. 2015).

Ist ein sicherer Rahmen geschaffen, wie es für die **Phase B und C** vorauszusetzen ist, so sollte eine funktionierende Informationsvermittlung sichergestellt werden. Der Zugang zu Informationsmaterialien in Schriftsprache, Lautsprache, DGS, Bildern, etc., hörschädigungsspezifische Hilfsmittel wie Batterien für Hörhilfen, Stromversorgung, Schreibmaterial oder eine elektronische Schreibalternative, Mobiltelefon/Smartphone, Laptop/Computer mit Internetverbindung und Kamera, Kärtchen mit Standardfragen und Bildern sowie ein Gebärdensprachalphabet, sollte gewährleistet werden.

Bei dem Einsatz von Stabilisierungsübungen sollten Methoden verwendet werden, die die Informationsaufnahme nicht zusätzlich beeinträchtigen (z.B. keine imaginative Übungen mit geschlossenen Augen oder liegende Übungen). Die Übungen sollten vorgemacht werden. Bislang existiert kein Gebärdensprachdolmetscherbereitschaftsdienst in Deutschland (EUNAD 2014; Gerwinn et al. 2015).

Aus diesem Grund sollten Fachkräfte der PSNV und Leitstellen Kontaktdaten über regional verfügbare Gebärdensprachdolmetscher verfügbar haben.

Sehbehinderungen

Für die Akutversorgung (Phase A) sollten folgende Empfehlungen im Zusammenhang mit sehbehinderten Menschen berücksichtigt werden:

1. Menschen mit Sehbehinderung gehen unterschiedlich mit ihrer Behinderung um. Um Schamgefühle und das Gefühl des Bloßstellens zu vermeiden, sollten alle Angebote optional und selbstbestimmt gestaltet sein.
2. Für eine funktionierende Informationsvermittlung:
   - Kontaktaufnahme sollte immer auditiv unter Vorstellung von Namen und Profession erfolgen.
   - Es sollte immer direkt kommuniziert werden, nicht über die Assistenz.
   - Es besteht der Bedarf an detaillierteren mündlichen Informationen (z.B. Beschreibung des äußeren Umfeldes, des aktuellen Geschehens, nächste Schritte) daher muss mehr Zeit eingeplant werden.
   - Es sollten keine „emotionalen Ausdrücke“ (z.B. „Oh Gott“, „Neeeeiiiin!!“) genutzt werden, damit das relative Sicherheitserleben nicht zusätzlich geschwächt wird.
3. Wenn blinde Menschen an einen anderen Ort geführt werden müssen:
   - Hilfreich ist, Blinde am Ellenbogen fassen zu lassen, einen Schritt vorauszugehen, mündlich auf Hindernisse, Bodenbelagsänderungen, Bürgersteige, Treppen, Türen etc. hinweisen und ein „normales“ Schritttempo zu verwenden.

- Blinde sollten nicht alleine zurückgelassen werden. Wenn dies notwendig wird, sollten Sehbehinderte darüber mündlich informiert und in die Nähe eines festen Gegenstandes positioniert werden. Nach Möglichkeit sollte mitgeteilt werden, wann wieder jemand zurückkommt (Gerwinn et al. 2015).

Ist ein sicherer Rahmen geschaffen, wie es für die **Phase B und C** vorauszusetzen ist, so sollte eine funktionierende Informationsvermittlung hergestellt werden. Dafür sollten Informationsmaterialien in verschiedenen Kommunikationsmethoden (auditiv, Braille, elektronisch-schriftsprachlich), verfügbar sein. Sehschädigungsspezifische Ressourcen wie Lupe, Blindenstock und Informationen in Braille sollten gewährleistet werden. Wenn eine sensitive Kontaktaufnahme notwendig wird, sollte diese immer vorher angekündigt werden. Ggf. sollte sich rückversichert bzw. eine Genehmigung eingeholt werden.

Bei dem Einsatz von Stabilisierungsübungen sollten vorzugsweise verbale Methoden genutzt und sehbehinderte Menschen dazu an einen geräuscharmen Ort gebracht werden. Die Erhebung von Risiko- und Schutzfaktoren mit dem KRI muss in einem Interview durchgeführt werden. Offene Fragen sollten gestellt werden, in welcher Form die Sehbehinderung sich auf die Situationsdynamik ausgewirkt hat. Das heißt: Gab es in der akuten Phase Umstände, die das Gefühl von Ohnmacht, Hilf- und Orientierungslosigkeit verstärkt haben?

Für alle Formen der Sinnesbehinderungen gilt, dass die Hilfsverbände so früh wie möglich eingebunden werden sollten.

26.3.2 Körperbehinderungen

Unter dieser Gruppe verstehen wir Betroffene, die unter erheblichen Beeinträchtigungen des muskuloskelletalen-Systems leiden. Wir orientieren uns an einer Personengruppe, die an den Rollstuhl gebunden ist. Wir müssen uns insbesondere über die Phase A der Akutversorgung Gedanken machen, da Rollstuhlfahrer auf externe Hilfe bzw. Barrierefreiheit angewiesen sind. In besonderer Form rückt die Notwendigkeit in den Vordergrund, Sicherheit herzustellen. Rollstuhlfahrer haben Barrieren zu überwinden, die für Menschen ohne motorische Beeinträchtigungen problemfrei überwunden werden können. Insbesondere für die Rettung oder Evakuierung von Menschen mit Körperbehinderungen müssen die Ersthelfer mehr Zeit einplanen.

Für die Akutversorgung (Phase A, s. Abb. 16) sollte von allen Berufsgruppen der Notfallmedizin folgende Empfehlungen im Zusammenhang mit motorischen Beeinträchtigungen berücksichtigt werden:

1. Menschen mit Körperbehinderung gehen unterschiedlich mit ihrer Behinderung um. Einige haben große Fähigkeiten entwickelt, mit Hilfsmitteln die Behinderung zu kompensieren. Aus diesem Grunde ist es wichtig, Körperbehinderte auf ihre Beeinträchtigung anzusprechen, um sich ein Bild zu machen, wobei Hilfe benötigt wird.
2. Kommunikationsspezifika sind:
   - mehr Zeit einplanen.
   - Kontaktaufnahme sollte im Sichtfeld erfolgen, d.h. Sitzhöhe von Rollstuhlfahrern annehmen.

- Körperkontakt kann eine beruhigende aber auch eine erschreckende Wirkung haben. Auf jeden Fall sollte Körperberührung angekündigt sein und nicht außerhalb des Sichtfeldes erfolgen.

Ist ein sicherer Rahmen geschaffen, wie es für die **Phase B und C** vorauszusetzen ist, so gelten für Menschen mit Körperbehinderungen keine wesentlichen Besonderheiten. In Ersatzunterkünften muss allerdings gesichert sein, dass die Zugänge barrierefrei sind, z.B. müssen Aufzüge funktionstüchtig sein oder Treppenstufen mit Brettern belegt werden. Im Rahmen der Psychosozialen Akuthilfe und mittelfristigen psychosozialen Hilfen muss aber der möglichen Immobilität und eventuellen Bedarfen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Gegenstand der Psychoinformation muss dementsprechend auch sein, welche besonderen Hilfestellungen für Menschen mit motorischen Behinderungen notwendig und welche gegeben sind. Bei der Vermittlung von Stabilisierungsübungen ist darauf zu achten, dass ggf. alle Übungen im Sitzen durchführbar sein müssen. Über die reguläre Anwendung des KRI hinaus ist zu erfragen, ob die Tatsache der Behinderungen situative Risikofaktoren verstärkt und ob z.B. die Mobilisation von sozialen Netzwerken gesichert ist.

26.3.3 Geistige Behinderungen

Die geistigen Behinderungen können von einer leichten bis zu einer schweren Intelligenzminderungen gegeben sein. Da eine häufige Ursache die Sauerstoffunterversorgung unter der Geburt ist (Asphyxie), sind die geistigen Behinderungen häufig mit Spastiken kombiniert. In diesen und vergleichbaren Fällen sprechen wir über komplexe Behinderungen.

Der Umgang mit geistig behinderten Menschen, in komplexen Gefahren- und Schadenslagen und in der PSNV, stellt je nach Grad der Einschränkung eine besondere Herausforderung dar und es gibt bis dato kaum spezifische Konzepte. Zu beantworten ist zunächst die Frage, was wir in der Akutphase (Phase A) tun können?

Zu berücksichtigen ist zum einen, dass die Impulskontrolle bei Menschen mit geistigen Behinderungen in der Regel gemindert ist. Es kann zu Erregungsstürmen kommen, die dazu führen, dass die Situation nicht kontrollierbar ist und die medizinische Versorgung gefährdet sein kann. Tatsächlich sind Notärzte u.U. vor die Entscheidung gestellt, durch Akutmedikationen Kontrollierbarkeit herzustellen.

Wir müssen bedenken, dass die Beruhigung am ehesten durch Betreuungspersonen aus dem persönlichen Umfeld möglich ist, die Kenntnis von individuellen Gewohnheiten der Menschen mit geistigen Behinderungen haben, die der Schlüssel zur Beruhigung sein können. Möglicherweise stehen vertraute Betreuungspersonen in der Akutsituation aber nicht so schnell zur Verfügung und Einsatzkräfte und Psychosoziale Akuthelfer sehen sich mit der Aufgabe konfrontiert, die Menschen zu beruhigen und zu versorgen.

Aus Erfahrungsberichten zur psychosozialen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in komplexen Gefahren- und Schadenslagen lässt sich ableiten, dass basale Maßnahmen der psychischen Ersten Hilfe analog zum Umgang mit Kindern am ehesten zum Erfolg führen. Hierzu gehören z.B.

- sich mit Vornamen vorstellen
- Kopfbedeckung abnehmen

- auf die Ebene der Person gehen
- eine Person abstellen, die für die Betroffene zuständig ist und möglichst bei ihr bleiben und sie durchgängig betreuen kann
- beruhigend und langsam sprechen, klare und einfache Sätze formulieren
- der betroffenen Person in einfachen Worten mitteilen, was passiert und was passieren wird
- Mut zusprechen und einen positiven Ausgang ankündigen
- die Person loben und deren Bewältigungsstrategien betonen
- Gefühle nicht versuchen auszureden, z.B. Angst
- die Aufmerksamkeit umlenken, z.B. auf Bilder, Gegenstände
- der Einsatz von „Plüschtierkollegen" als Aufpasser, Erklärer
- taktile Erfahrungen ermöglichen, z.B. vertrauten Gegenstand mitnehmen
- Körperkontakt einsetzen als haltgebende, sichernde Erfahrung
- Primärbedürfnisse befriedigen durch Getränke und Nahrungsmittel

Auch für die weitere Vorgehensweise der mittel- und langfristigen psychosozialen Versorgung gibt es kaum Verfahrensvorschläge. Inwieweit vereinfachte psychoinformative Elemente und Anleitungen zur Selbsthilfe aufgenommen werden können, ist maßgeblich abhängig vom Grad der Behinderung und von der Fähigkeit zu verbalisieren und verbale Informationen zu verarbeiten. Dies gilt auch für die Umsetzung einfacher Stabilisierungsübungen. Hier wird es zukünftig notwendig sein, den psychosozialen „Werkzeugkoffer" um einfache Übungselemente zu erweitern, die weniger auf kognitive Komplexität oder Imagination abzielen, sondern konkret mit Hilfsmitteln auf der Handlungsebene ansetzen.

Die Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren ist zu komplex und unser Wissen über die Verlaufstypen aktuell noch zu gering, als dass wir gezielte Empfehlungen aussprechen könnten. Nichtsdestotrotz lässt sich ein Teil der im KRI erhobenen Risiko- und Schutzfaktoren durchaus direkt oder fremdanamnestisch erheben. Die konkrete Erfassung eines Risikoprofiles bedarf jedoch zukünftiger Forschung.



Es ist bei Notfallbeteiligten mit geistiger Behinderung wichtig, vertraute Bezugspersonen so schnell wie möglich zu mobilisieren, die aus ihrer Betreuungskenntnis und Erfahrung Orientierung vermitteln können.

26.4 Ausblick

Wir kommen zu unserem Ausblick und konstatieren, dass die Verabschiedung der UN-BRK auch unsere Konzepte der PSNV auf die Probe stellt, ob wir die besondere Ausgangssituation von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt haben. Wir haben das TGIP um Handlungsempfehlungen ergänzt, die hilfreich seien können, Schadenslagen zu bewältigen. Sicherlich ist für Menschen mit einer Sinnesbehinderung, motorischen Beeinträchtigung und einer geistigen Behinderung in der Akutphase die Gefahr groß, dass eine Potenzierung von ereignisbezogenen Risikofaktoren eintritt. Wir ziehen folgende Schlussfolgerungen:

1. Für alle Gruppen der Behinderungen sind die 5 Prinzipien der Frühintervention von Hobfoll et al. zu berücksichtigen.

2. Nach bisherigem Kenntnisstand gehen wir davon aus, dass generelle Risiko- und Schutzfaktoren auch für Menschen mit Behinderungen Gültigkeit haben.
3. Unsere Handlungsempfehlungen berücksichtigen spezifische Vulnerabilitäten, die mit der Behinderung verbunden sind.
4. Oft verfügen Menschen mit Behinderungen über gute Anbindungen an Betroffenenorganisationen, die als soziales Netzwerk mit besonderer Fachkunde von Berufsgruppen der Notfallmedizin mobilisiert werden sollten.
5. Wir konstatieren, dass es keine empirischen Daten über spezielle Risikofaktoren von Sinnesbehinderungen, Körperbehinderungen oder geistigen Behinderungen gibt.

Die wirksame Umsetzung von Handlungsempfehlungen setzt voraus, dass alle Berufsgruppen der Notfallmedizin für die Belange der Sinnes-, körperlichen und geistigen Behinderungen sensibilisiert werden. Diese Sensibilisierung sollte durch die Einbindung von Handlungsempfehlungen in die Curricula der Notfallmedizin durch Selbsterfahrung, Wissensvermittlung (z.B. kommunikative Fähigkeiten, Gehörlosenkultur, Blindenhilfsmittel) und Simulationstrainings erfolgen. Hierbei haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Behindertenverbände durchaus über Experten verfügen (EUNAD 2014; Gerwinn et al. 2015), die Hilfestellung leisten können.

Abkürzungen

Multidisciplinary Guidelines	(MG)
Posttraumatische Belastungsstörung	(PTBS)
Target Group Intervention Program	(TGIP)
UN-Behindertenrechtskonvention	(UN-BRK)
Kölner Risikoindex	(KRI)

Literatur

Bachmann W (2013) Katastrophenschutz für hörbehinderte Menschen. Eine Dokumentation von Wolfgang Bachmann. 2. Aufl. Berlin, Deutscher Gehörlosen Bund e.V. http://www.barrierefreiheit.de/tl_files/bkb-downloads/Projekte/katastrophenschutz/bkb_dgb_katastrophenschutz_130924.pdf (Zugriff am 28.08.2014

Bering R (2011) Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung. 2. erweiterte Auflage. Shaker Verlag, Aachen.

Bering R, Fischer G (2005) Kölner Risiko Index (KRI). In: Strauß B, Schuhmacher J (Hrsg.) Klinische Interviews und Ratingskalen. Göttingen, Hogrefe, S. 216–221

Bering R, Schedlich C, Zurek G (2015a) Großschadenslagen als potentiell traumatisierende Ereignisse. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg.) Handbuch der Psychotraumatologie. 2. Auflage. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 555–569

Bering R, Schedlich C, Zurek G (2015b) Situationstypologien der Psychosozialen Notfallversorgung. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg.) Handbuch der Psychotraumatologie. 2. Auflage. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 749–763

Bering R, Schedlich C, Zurek G, Grittner G, Kamp M, Fischer G (2008) Manual for implementing the Cologne Risk Index-Disaster in the context of major loss situations. http://www.eutopa-info.eu/index.php?id=69, Accessed: (Zugriff am 12.3.2011)

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2011a) BBK-Glossar, Ausgewählte zentrale Begriffe des Bevölkerungsschutzes. Bonn. http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis_ Bevoelkerungsschutz/Band_8_Praxis_BS_BBK_Glossar.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 21.06.2014)

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2011b) Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien, Teil I und II. Bonn. http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis_Bevoelkerungsschutz/Band_7_Praxis_BS_PSNV_Qualit_stand_Leitlinien_Teil_1_2.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 21.06.2014)

EUNAD (Hrsg.) (2014) EUNAD. European Network for Psychosocial Crisis Management – Assisting Disabled in Case of Disaster. http://eunad-info.eu/home.html (Zugriff am 06.12.2014)

Fellinger J, Holzinger D, Pollard R (2012) Mental health of deaf people. The Lancet 379: 1037–1044

Fischer G (2003) Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen. Düsseldorf: Walther

Fischer G, Riedesser P (2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. München, Reinhardt

Gerber E (2009) Describing Tragedy: The Information Access Needs of Blind People in Emergeny-related Circumstances. Human Organization 68: 73

Gerwinn F, Kaul T, Bering R, Schedlich C (2015) Psychosoziale Notfallversorgung nach Großschadensereignissen von Menschen mit hochgradiger Hörschädigung. In Vorbereitung

Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BP, de Jong JT, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ (2007) Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention. Empirical evidence. Psychiatry 70(4): 283–315; discussion 316–69

IMPACT (2007) European Multidisciplinary Guideline. Early psychosocial interventions after disaster, terrorism and other shocking events. Impact, Dutch knowledge & advice centre of post-disaster psychosocial care

Legood R, Scuffham P, Cryer C (2002) Are we blind to injuries in the visually impaired? A review of the literature. Inj Prev 8: 155–160

NATO & OTAN (2008) Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents. Non-binding guidance. NATO Joint Medical Committee

Neuhauser L, Ivey S, Huang D, Engelman A, Tseng W, Dahrouge D, Gurung S, Kealey M (2013) Availability and Readability of Emergency Preparedness Materials for Deaf and Hard-of-Hearing and Older Adult Populations: Issues and Assessments. PLoS ONE 8(2): e55614

Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta

Sarimski K (2005) Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Göttingen, Hogrefe

Schedlich C, Zurek G, Bering R (2008) Manual for target group intervention within the scope of major losses and disasters. http://www.eutopa-info.eu/index.php?id=69 (Zugriff am 12.03.2011)

Stout C, Heppner C, Brick K (2004) Emergency Preparedness and Emergency Communication Access. Lessons Learned Since 9/11 and Recommendations. https://tap.gallaudet.edu/Emergency/Nov05Conference/EmergencyReports/DHHCANEmergencyReport.pdf (Zugriff am 24.12.2014)

Sullivan MT, Häkkinen HT (2006) Disaster preparedness for vulnerable populations: Determining effective strategies for communicating risk, warning, and response. In Third Annual Magrann Research Conference at Rutgers University (Vol. 4, pp. 1–36). Research Inst. of NRCPD. http://magrann-conference.rutgers.edu/2006/_papers/sullivan.pdf (Zugriff am 11.10.2014)

U.S. Department of Education (Hrsg.) (2008) Emergency Management Research and People With Disabilities: A Resource Guide, Washington D.C.

Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, UN-BRK (2009) http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_ upload/

Ulmasova I, Silcock N, Schranz B (2009) Mainstreaming Disability into Disaster Risk Reduction: A Training Manual. Nepal: Handicap International Nepal, S. 1–87

Zurek G, Schedlich C, Bering R (2008) Manual for trauma-based psychoeducation for victims of disasters. Available: http://www.eutopa-info.eu/index.php?id=69, (Zugriff am 12.03.2011)



Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Robert Bering

Professor Robert Bering studierte an der Universität zu Köln Humanmedizin und Psychologie. Er verbrachte zwei Forschungssemester am Institut für Molekulare Neuropathologie an der Universität Kopenhagen und promovierte 1995. Am Kreiskrankenhaus Gummersbach absolvierte er seine klinische Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Von 2000 bis 2008 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik der Universität zu Köln und habilitierte sich. Aktuell ist Herr Prof. Bering Chefarzt des Nordrheinischen Netzwerks für Psychotraumatologie der Alexianer Krefeld GmbH. In Verbindung mit der Ausgestaltung eines Masterstudiengangs für Rehabilitationswissenschaften an der Universität zu Köln wurde er 2011 zum außerplanmäßigen Professor ernannt.



Florentine Gerwinn, M.A. Reha.-wis.

Frau Florentine Gerwinn studierte Rehabilitationswissenschaften (M.A.). Am Zentrum für Psychotraumatologie Köln-Süd, Alexianer Krefeld GmbH, ist sie im Sozialdienst und Rehabilitations- und Teilhabemanagement tätig. Mitarbeit in EUNAD. Schwerpunkt: Psychotraumatologie.



Claudia Schedlich, Dipl.-Psych.

Frau Claudia Schedlich ist im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in Bonn, Referat „Psychosoziales Krisenmanagement“ als Psychologin, Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Psychotraumatherapie tätig. Forschungsgebiet und Lehre: Psychotraumatologie. Kooperationspartner im Projekt EUNAD.



Gisela Zurek, Dipl.-Psych.

Frau Gisela Zurek arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt EUNAD am Zentrum für Psychotraumatologie, Alexianer Krefeld GmbH. Forschungsgebiet und Lehre: Psychotraumatologie, Trauma-Nachsorge im Bereich öffentliche Gesundheitsfürsorge.

27 Schuld in der Notfallmedizin und in der Notfallseelsorge

Kerstin Lammer

An einer Unfallstelle mit mehreren Verletzten hat sich die Notarzt entschieden: Welcher Patient wird zuerst versorgt? Während er diesen Patienten behandelt, stirbt ein anderer, unbehandelter. Der Arzt hat entscheiden *müssen.* Kollegen bestätigen, dass seine Entscheidung *richtig* war. Aber nun hat er Schuldgefühle – zu Recht? (Bsp. 1)

Ein Amok-Läufer hat aus Hass und Rache auf acht Menschen geschossen. Die Notfallseelsorgerin weiß zwar: Auch der Täter hat Anspruch auf Seelsorge; er hat sie womöglich besonders nötig. Aber wie kann sie mit ihren inneren Vorbehalten umgehen? Kann sie dem Mann helfen? (Bsp. 2)

Eine Frau wurde nachts auf dem Weg durch einen Park vergewaltigt und durch Schläge, Tritte und Würgen schwer verletzt. Sie sagt: „Ich bin selbst schuld. Warum musste ich auch im Dunkeln da entlang gehen?". Das Notfallteam möchte ihr ihre nicht realitätsgerechten Schuldgefühle ausreden, aber sie hält hartnäckig daran fest – wozu? (Bsp. 3)

Notfallmedizin und Notfallseelsorge arbeiten mit Menschen in existentiellen Grenzsituationen, die für Betroffene und Helfende oft emotional überfordernd sind. *Psycho*edukation gehört daher zu Recht längst zum professionellen Standard. Ob Trauma, Trauer, Suizidalität etc. – professionell Helfende kennen psychische Prozesse und Bewältigungshilfen in Krisenfällen; sie lernen, sich selbst damit auseinanderzusetzen und Patient/innen und deren Zugehörige darüber aufzuklären.

Ethische Edukation dagegen wird Helfenden wie Betroffenen selten angeboten. Doch Schuld und Schuldgefühle spielen in vielen Notfällen explizit oder implizit eine wichtige Rolle. Für solche Fälle brauchen professionell Helfende zuallererst *selbst* eine

ethisch-sittliche Orientierung. Denn auch, wenn es nicht ihr Anliegen ist, zu bewerten – sie tun es unwillkürlich. Agieren mit unbewussten Halburteilen und diffus-unsicheren moralischen Gefühlen (oder deren Abwehr) schafft aber Unsicherheiten. Wer das Geschehene bewusst einordnet und bewertet, kann seinen Patient/innen ein ruhigeres und klareres Gegenüber sein. Notfallteams sollten deshalb selbst eine ethische Edukation *haben*. Darüber hinaus haben innerhalb der Notfallteams die Seelsorgenden die fachliche Expertise, anderen Beteiligten eine ethische und eine (theologisch-)anthropologische Edukation *anzubieten*.

Dieser Artikel will Folgendes leisten:

1. Ethische Orientierung: Was ist Schuld und wie ist Schuld zu bewerten? (Sechs Kategorien von Schulderleben mit und ohne Verschulden);
2. Theologisch-konfessionelle Orientierung: Modelle von Schuldentlastung und Schuldbewältigung;
3. Psychologische Orientierung: zum positiven Sinn „falscher“ oder „neurotischer“ Schuldgefühle bei Menschen, die keine wirkliche Schuld haben;
4. Theologisch-existentiale Orientierung: das Maß des Menschseins – heilsamer Umgang mit Schulderleben;
5. Interprofessionelle Orientierung: zu Rolle und Funktion der Seelsorge.

27.1 Ethische Orientierung: Was ist Schuld, und wie ist Schuld zu bewerten? Sechs Kategorien von Schulderleben mit und ohne Verschulden

Seit dem 19. Jahrhundert hat „Schuld“ in Theologie und Gesellschaft keine gute Presse. Zu Recht hat die Religionskritik angeprangert, dass die Kirchen jahrhundertelang Schindluder mit der Schuldangst der Menschen getrieben hatten. Die Predigt von Sünde und Schuld beschrieb Friedrich Nietzsche als Erfindung der Priester zur Herrschaft über die Menschen. Die neuere Theologie, allzumal die evangelische, hat von Nietzsche[16] gelernt, dass Christen erlöster aussehen müssten, und von Paul Tillich[17], dass das Zeitalter des gequälten, erschrockenen Gewissens lange vorbei sei, abgelöst vom Zeitalter des gekränkten Gewissens. Nicht mehr die Angst vor Verdammung, sondern statt dessen die Angst vor Leere und Sinnlosigkeit bilde die Erlebnisstruktur des modernen Menschen; nicht mehr die Frage nach Schuld und Vergebung, sondern statt dessen die Fragen nach Lebensfülle, Selbstverwirklichung, Zugehörigkeit, Beheimatung und Sinn – psychologisch gesehen also nicht mehr der Konflikt mit dem Über-Ich, sondern eher narzisstische Thematiken wie der Konflikt mit dem eigenen Größen-Selbst.

Als neue Form der christlichen Rechtfertigungsbotschaft wurde „nicht [mehr] die Vergebung von Sünde und Schuld als vielmehr die *Befreiung von falschen Schuldgefühlen*“ verstanden.[18] Und so haben wir uns angewöhnt, zwischen objektiver „Schuld“ und subjektivem „Schuldgefühl“ zu unterscheiden, und, wenn uns Schuldgefühle be-

16 Nietzsche, Friedrich, Also sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen (1883–1885), Nachdruck

17 Tillich, Paul, Mut zum Sein, Stuttgart, 3. Aufl. 1953, S. 33ff. (am 1952).

18 Körtner, U., Sündenvergebung und Schuldübernahme in der Seelsorge, in: WzM 58, 2006, 259–269, hier 261, Einfügung und Hervorhb. durch die Autorin.

gegnen, zuerst danach zu fragen, ob dieses Gefühl überhaupt „angemessen" sei, d.h.: ob denn dahinter wirklich ein echtes schuldhaftes Verhalten stehe, oder ob das subjektive Schuldgefühl nicht unrealistisch, ja neurotisch und der betroffene Mensch möglichst davon abzubringen sei.[19]

Mit der Tendenz, Schulderleben als etwas Uneigentliches einzuordnen und *weg*beraten zu wollen, sind Helfende jedoch mitunter zu schnell bei der Hand.

Was, wenn *wirkliche* Schuld vorliegt? Können wir das selber aushalten? Und haben wir etwas anzubieten, das den Betroffenen hilft, ihre Schuld auszuhalten? So, dass die Betroffenen kein reines, aber ein getröstetes Gewissen bekommen?

Und was, wenn subjektive Schuldgefühle zwar aus ethisch-moralischer Sicht unsinnig sind, weil objektiv kein schuldhaftes Fehlverhalten vorliegt, sie aber eine andere positive Funktion haben, weil ihnen andere relevante Realitäten zugrundeliegen (psychischen Realitäten, Beziehungsrealitäten, spirituelle Realitäten)? Können „falsche" Schuldgefühle sinnvoll sein?

Womöglich nehmen wir unseren Klient/innen und Patient/innen etwas Wesentliches, wenn wir ihnen ihr Schulderleben nehmen wollen. Stattdessen plädieren wir hier für einen weder dramatisierenden noch marginalisierenden, sondern akzeptierenden Umgang mit Schulderleben.

Was ist Schuld?

Die christliche Dogmatik verhandelt die Schuldthematik gemeinhin unter dem Begriff der „Sünde". Sünde und Schuld werden dabei oft synonym gebraucht. Oder ihr Gebrauch wird durch den Beziehungspartner bzw. Adressaten unterschieden: Sündig ist man gegenüber Gott, schuldig ist man gegenüber dem Mitmenschen.

Schuld wird traditionell (seit der Satisfaktionslehre des Anselm von Canterbury im 11. Jh.) in *Tatschuld und Existentialschuld* unterteilt. Die Tatschuld (lat. *culpa*) bezeichnet das **Ver**schuldete. Durch Normübertretung, durch Tun des Falschen oder Bösen hat man moralische Schuld auf sich geladen und hat Anlass, mit schlechtem Gewissen zu bekennen: „*mea culpa, mea culpa, mea maxima culpa* (meine Schuld, meine Schuld, meine große Schuld)". Dagegen bezeichnet die Existentialschuld (lat. *debitum*) das **Ge**schuldete, eine Schuld nicht durch die Tat, sondern durch das Sein: Man bleibt dem Mitmenschen, sich selbst und Gott etwas schuldig, weil man nicht ist, was man sein könnte oder sollte, weil man an die Grenzen seiner Möglichkeiten stößt, weil man handeln muss und Handeln immer unerwünschte Folgen haben kann, weil oft „Leben nur auf Kosten anderen Lebens möglich"[20] ist. Die Unentrinnbarkeit dieser Seinsschuld wird in der christlichen Tradition mit dem Begriff „Erbsünde" angezeigt. Dabei ist der springende Punkt: Diese Art von Schuld ist unvermeidlich mit dem

19 Erst in jüngerer Zeit erfuhr die Marginalisierung von Schuld und Schuldgefühlen eine Gegenbewegung. Dier katholische Kirche prangert den Wertewandel in der Gesellschaft an: Was früher als Todsünde galt, werde im Zeitalter des Hädonismus als Tugend betrachtet: Aus Völlerei sei Gaumenfreude, aus Unkeuschheit Sex und Sinnlichkeit, aus Habgier Luxus und aus Hoffart Selbstsicherheit geworden; ein „heimlicher Unschuldswahn" breite sich aus, „mit dem wir Schuld und Versagen, wenn überhaupt, immer nur bei ‚den anderen' suchen …" (Synode der Bistümer 1976, zit. nach Sievenich, M., Schuld und Vergebung. Grundthema und Anfrage, in: WzM 57, 2005, 298–308, hier 304). Nachdem der Psychoanalytiker Horst Eberhard Richter die „Krankheit der Unverantwortlichkeit" in der Gesellschaft diagnostiziert hatte, forderte sein Kollege Thomas Auchter eine Rückkehr „von der Unschuld zur Verantwortung" (vgl. Richter HE, Wer nicht leiden will, muss hassen, Hamburg 1993, S. 121; Auchter T, Von der Unschuld zur Verantwortung, in: 1996, S. 41–138)

20 Klessmann, M., Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch. Neukirchen-Vluyn 2004, 598.

Menschsein an sich gegeben – nicht erst, wenn und weil wir *böse* wären, sondern schon, weil wir *begrenzt* sind. Damit vertreten wir hier einen postkonventionellen, transmoralischen Begriff von Schuld und Sünde.[21]

Die traditionelle Unterscheidung zwischen Tatschuld und Seinsschuld möchten wir weiter ausdifferenzieren, indem wir nach eigenem Dafürhalten sechs Fallgruppen von Schulderleben unterscheiden, die uns in Notfallmedizin und Notfallseelsorge begegnen.[22]

Drei Fallgruppen von Schulderleben ohne Verschulden

Schulderleben ohne tätiges Verschulden lässt sich in drei Fallgruppen kategorisieren:

1. Schulderleben als psychische Verschiebung unerträglichen anderen Erlebens („lieber schuldig als ...")

Häufig wird Schulderleben entwickelt, um ein anderes, noch schwerer auszuhaltendes Erleben zu überdecken; es handelt sich dabei um eine Form von Verschiebung.

> Dieser Mechanismus liegt beim eingangs genannten Fallbeispiel der Frau vor, die sich selbst die Schuld für die gewalttätigen Übergriffe auf sie gibt. (Bsp. 3).

Weitere Beispiele sind:

> Die Ehefrau hat im Tag und Nacht am Sterbebett ihres Mannes gewacht; morgens geht sie sich kurz frischmachen, und ausgerechnet in diesen einzigen wenigen Momenten ihrer Abwesenheit stirbt ihr Mann. Sie fühlt sich schuldig an seinem einsamen Tod. (Bsp. 4)

> Ein Mädchen wurde jahrelang von seinem Vater missbraucht. „Der Papa hat mich so lieb", sagt sie, „aber ich bin eben eine Schlampe."

Lieber interpretieren sich die betroffenen Menschen als schuldig als als ohnmächtig, ausgeliefert oder ungeliebt. Das Schulderleben dient der Abwehr anderer, für die Betroffenen unerträglicher Gefühle.

---

21 Was bedeutet „ein postkonventioneller, transmoralischer Sündenbegriff"? Für theologisch Interessierte sei hierzu ein kleiner dogmatischer Exkurs erlaubt: Mit Wilfried Joest meine ich, dass eine konventionelle Sühnopfer-Theologie überholt ist. Zugespitzt möchte ich formulieren: Paulus hat mit seinem viel zititerten Satz „Der Tod ist der Sünde Sold" (Röm 5,12) unrecht. Dass der Tod die Strafe oder der Preis für die Sünde des Menschen sei, ist exegetisch und dogmatisch falsch. Es ist exegetisch falsch, denn laut Schöpfungsbericht müssen die Menschen nicht sterben, weil sie sündig sind, sondern weil sie geschöpflich, also endlich und sterblich sind: „Von Erde bist du genommen, zu Erde wirst du wieder werden" (Gen 3,19). Und es ist dogmatisch falsch, denn der springende Punkt des Versöhnungs- und Rechtfertigungswerks Jesu Christi ist – mindestens nach evangelischer Überzeugung – gerade der, dass uns die Sünde nicht mehr zugerechnet wird, und dass wir dafür nicht mehr bestraft werden. Der Tod folgt also nicht aus der Sünde, sondern die Sünde folgt aus dem Tod. M.a.W.: Weil wir endlich, und das heißt begrenzt sind, können wir nicht anders, als sündig zu sein und schuldig zu werden, gewollt oder ungewollt. Aus unseren Begrenzungen und Fehlbarkeiten, aus unseren Schwächen, aus dem Konflikthaften und Unheilen in uns kommen wir nicht heraus, weil wir begrenzte *Menschen* sind (und nicht Gott). Deshalb müssen wir leiden, sterben und uns schuldig machen. Diesen Tatsachen gilt es bewusst ins Auge zu sehen. Wir können daraus nur von jenseits unserer selbst her erlöst werden. In diesem Sinne vertrete ich hier eine theologische Anthropologie der Begrenztheit.

22 In vielen dieser Fälle spielen auch andere Themen als Schuld eine große Rolle, Trauer z.B. oder Traumatisierung. Diese Themen klammere ich hier aus; ich habe sie anderenorts behandelt: vgl. Lammer, Kerstin: Trauer verstehen. Formen-Erklärungen-Hilfen, Heidelberg (Springer Medizin), 4. Aufl. 2013. Dies.: Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung, Neukirchen-Vluyn (Neukirchener), 6. Aufl. 2013. Und zum Thema Seelsorge mit Traumatisierten: Lammer, Kerstin, Kalter Schweiß auf dem Rücken. Seelsorge nach belastenden Ereignissen, in: dies., Beratung mit religiöser Kompetenz. Beiträge zu pastoralpsychologischer Seelsorge und Supervision, Neukirchen Vluyn (Neukirchener) 2012, 94–106.

2. Schuld als tragische Verstrickung (ohne eigenes Zutun) oder
3. Schuld als Überlebens-„Schuld“:

> Ein suizidaler Mann springt vor den ICE aufs Gleis, der Lokführer kann den Zug nicht mehr rechtzeitig zum Stehen bringen und überfährt den Mann. Ihn quälen Schuldgefühle. (Bsp. 5)
>
> Ein Lehrer und eine Lehrerin machen mit ihrer Klasse eine Radtour, sie fährt vor den Kindern, er hinter ihnen. Ein betrunkener Autofahrer kommt entgegen, fährt die vorne fahrende Lehrerin an; sie stirbt. Der Lehrer fühlt sich schuldig, weil die Kollegin zu Tode kam, und nicht er. (Bsp. 6)

Beide Männer können nichts dafür, was geschehen ist, sie haben kein Verschulden. Und dennoch ist es schmerzvoll und beängstigend und schwer zu ertragen,

- dass ein anderer stirbt, *weil* ich gerade da bin, wo ich *bin*;
- dass ein anderer stirbt, *während* ich gerade da bin und nichts dagegen *tun* kann;
- dass es reiner *Zufall* ist, dass der Andere stirbt und ich lebe („Überlebensschuld“).

Das Schuldgefühl zeigt das *Belastende* solcher Erfahrungen an und die *Beteiligung*: Ich bin äußerlich irgendwie beteiligt am Schicksal des Anderen und ich spüre meine innere Beteiligung: Es ist mir nicht egal, ich habe Ehrfurcht vor seinem Leben und Tod.

In allen drei bis hierher skizzierten Fallgruppen haben die Klienten keinerlei Verfehlungen begangen, sie haben sich im moralisch-ethischen Sinne *nicht* schuldig gemacht. Dieses ethische Urteil ist klar, und es wird irgendwann für sie wichtig werden. Dennoch haben sie Anlass und Grund für ihr Schuldgefühl: Es macht zunächst *Sinn* – nicht ethisch, aber psychologisch oder spirituell oder beides (s.u.). Darauf ist seelsorglich einzugehen. Es zu übergehen, wäre ein Kunstfehler.

Drei Fallgruppen tatsächlicher Schuld

In den nächsten drei Fallgruppen liegt eine Tatschuld im eigentlichen Sinne des Verschuldens vor.

4. Schuld als Verantwortung für Folgen menschlichen Versagens: (falsches Tun ohne falsches Wollen)

> Ein LKW-Fahrer hat an einer roten Ampel nicht gebremst und ist in eine Fußgängergruppe gerast, die die grüne Fußgängerampel überquerte. Es gibt Tote und Verletzte. „Ich habe gesehen, dass die Ampel rot war“, sagt er, „ich weiß auch nicht, warum ich nicht gebremst habe.“ (Bsp. 7)

Im o.a. Fall war der betroffene Mann vielleicht übermüdet, verliebt, traurig, abgelenkt, hat an irgendetwas Anderes gedacht und deshalb nicht reagiert – alles normale, menschliche Dinge, die jedem von uns täglich passieren können und passieren. Aber nicht bei jedem von uns haben sie so schlimme Folgen. Der Mann ist nicht böse, aber er ist schuldig am Leiden und Sterben der Opfer seiner Unaufmerksamkeit. Versagen ist menschlich, aber er trägt die Verantwortung für die Folgen seines Versagens. Die Schwere dieser Last gilt es zu würdigen, nicht zu ermäßigen.

5. Schuld als Verantwortung für unvermeidbare Folgen ethischer Entscheidungen (richtiges Tun mit falschen Folgen)

Für diese Fallgruppe wurde eingangs das Beispiel des Notarztes genannt, der sich entscheiden musste, in welcher Reihenfolge er schwer verletzte Menschen behandelt (Bsp. 1). Er hat nichts falsch gemacht, aber seine Entscheidung für die Behandlung des ersten und gegen die des zweiten Patienten hat möglicherweise zum Tod des zweiten geführt. Fälle wie dieser zeigen das unvermeidliche Dilemma: Wir können nicht unschuldig bleiben, wenn wir verantwortlich leben wollen. Wenn wir nicht handlungs*un*fähig werden wollen, müssen wir zu Entscheidungen mit möglicherweise unerwünschten negativen Folgen und zur Übernahme der Schuld an diesen Folgen bereit sein. Wer Verantwortung übernimmt, kann nicht heilig oder unschuldig bleiben; er muss mit schlechten Folgen seines Handelns leben und dafür einstehen. Die ethische Anforderung (man könnte auch sagen: die moralische Pflicht) ist hier also: nicht unschuldig bleiben wollen, sondern: bereit sein zur Übernahme von Verantwortung und Schuld. Es ist unverantwortlich, das zu vermeiden. Das hat Luther gemeint, als er sagte: *peccate fortiter* (sündigt kräftig).

Wenn Schuld als Folge ethischer Entscheidungen auftritt, ist es seelsorglich geboten,

- das Aufgeben von Unschuldswünschen als verantwortliche Verzichtsleistung zu würdigen und
- die Übernahme von Schuld als sittlich gute Entscheidung zu würdigen.

6. Schuld als Verantwortung für die Folgen falschen/bösen Wollens oder Tuns:

Ein LKW-Fahrer hat sich fahrlässig nach Alkoholgenuss ans Steuer gesetzt, die Kontrolle über das Fahrzeug verloren und einen Unfall verursacht. Ein Mensch ist tödlich, einer sehr schwer, der LKW-Fahrer selbst leicht verletzt. (Bsp. 8)

Ein Amokläufer hat in einer Schule aus Hass und Rache wahllos auf 16 Menschen geschossen (Bsp. 9).

Ein Erpresser hat aus Habgier eine Geisel genommen; bei einem Schusswechsel mit der Polizei sind er selbst und ein Polizist verletzt worden. (Bsp. 10)

Diese letzte Fallgruppe kommt in Notfallmedizin und Notfallseelsorge zum Glück am seltensten vor. Mit diesen Fällen ist am schwierigsten umzugehen, weil sie uns mit der menschlichen Bosheit und mit der Frage der Annahme des Unannehmbaren, des Verwerflichen konfrontieren. Seelsorgende stoßen hier an die Grenzen ihrer Fähigkeit zur Empathie und zur mitgeschöpflichen Solidarität mit den *Tätern*, wenn sich Empathie und Solidarität mit den *Opfern* in den Vordergrund drängen. Das beratungsethische Gebot der Allparteilichkeit ist hier am schwersten durchzuhalten. Kognitiv ist ihnen klar: Sie sollen seelsorglich unterscheiden zwischen der *Tat* (die unannehmbar ist) und der *Person*, die sie begangen hat. Denn die Person ist mehr als nur Täter, er ist Mensch, und als solcher Teil der menschlichen Schicksals- und Heilsgemeinschaft. Ihm gilt die Zusage der Gnade und Annahme Gottes genauso wie dem Opfer und wie dem Seelsorger. Der Täter hat also gleiche Recht auf seelsorgliche Zuwendung wie alle anderen. Emotional können Seelsorgende dieses theologische Postulat aber nicht immer umsetzen; es ist insbesondere dann schwierig, wenn Täter keine Schuldeinsicht und keine Reue zu erkennen geben. Dann kann es passieren, dass man dem

Täter gegenüber zugeben muss: Ich glaube, dass *Gott* Dich annimmt, aber *ich* kann es nicht. Man bleibt dem Täter dann schuldig, wozu man ihm als Seelsorger/in und als Christ/in verpflichtet ist. Diese Erkenntnis kann allerdings ein neuer Anfang sein, denn damit sitzen beide Beteiligten im selben Boot des Schuldig-Seins.

27.2 Theologisch-konfessionelle Orientierung: Modelle von Schuldentlastung und Schuldbewältigung

Zur Entlastung von Schuld kennen Bibel und kirchliche Tradition unterschiedliche Wege. Sie werden – zugegebenermaßen stark vereinfachend – in zwei Typen eingeteilt:

1. das *Ausgleichs- oder Wiedergutmachungsmodell*, eher katholisch rezipiert und ausgestaltet, und
2. das *Solidaritätsmodell*, eher evangelischer Theologie entsprechend.

zu 1.: Das Ausgleichs- oder Wiedergutmachungsmodell finden wir in der Bergpredigt Mt 6. 1–18; es wird in den drei Schritten Fasten – Beten – Almosengeben vollzogen. Verstehen wir dies eher existentiell als moralisch, hat es in etwa folgenden Sinn: Die Schuld bindet den Schuldigen in unguten Verstrickungen; seine Beziehungen zu Mitmenschen und zu Gott sind gestört. Das *Fasten* als Verzicht soll ihn *von* falschen Abhängigkeiten und *von* der eigenen Ungerechtigkeit frei machen. Und es soll ihn frei machen *zu* neuer Bezogenheit. Das *Beten* soll den Bezug zu Gott neu herstellen, das *Almosengeben* den Bezug zum Mitmenschen. Wem man sich vorher entzogen hat, dem wendet man sich jetzt wieder zu, wem man vorher durch seine Schuld etwas genommen hat, dem gibt man jetzt wieder etwas zurück. Man sucht die durch die Schuld entstandenen Ungleichgewichte exemplarisch wieder auszugleichen.

Einen ähnlichen Dreischritt kennt die Scholastik: Auf die *contritio cordis,* d.h. die Reue des Herzens, folgt die *confessio oris,* d.h. das mündliche Bekennen, und dann die *satisfactio operi,* also die Taten der Genugtuung – eine ausgleichende Wiedergutmachung durch gute Taten.

Viele Menschen mit Schuldgefühlen haben ein Bedürfnis nach einer solchen ausgleichenden Buße und möchten etwas Gutes tun, um wenigstens einen Teil ihrer Schuld abzutragen. Auch von Geschädigten und von der sozialen Gemeinschaft wird oft eine Art von Täter-Opfer-Ausgleich gefordert. Hilfreich sind am Ausgleichs- oder Wiedergutmachungsmodell vor allem zwei Aspekte:

- Die Schuld wird darin als Beziehungsgeschehen verstanden. Es wird deutlich, dass Beziehungsarbeit geleistet werden muss, um die Schräglage, die die Schuld in die Beziehung gebracht hat, wieder auszugleichen.
- Es wird deutlich, dass Vergebung nicht als ein billiges Geschäft zu verstehen ist, sondern als ein längerer Prozess in mehreren Schritten, die selten schmerzfrei verlaufen.[23]

Nachteilig an diesem Modell ist, dass es ein wesentliches Problem nicht löst, sondern u.U. noch steigert, wenn sich die Vergeblichkeit des aufgezeigten und beschrittenen

23 Auf beide Aspekte hat schon Michael Klessmann hingewiesen; vgl. in: ders., Seelsorge. Ein Lehrbuch, Neukirchen Vluyn 2008, 241.

Weges zeigt: Ein Schuldausgleich ist oft auf einer Handlungsebene nicht mehr herzustellen. Die Erfahrung, dass das geschehene Übel nicht wieder gut zu machen ist (Luther spricht hier auch vom „Schmerz der Sünde"), ist ein existentielles bzw. spirituelles Problem, das nicht durch Aktivität, sondern durch relationale Rezeptivität zu lösen ist, d.h.: nicht auf dem Weg des Handelns, sondern nur auf dem Weg des Glaubens bzw. der Annahme der eigenen Systembedingungen als begrenzter, unvollkommener und vergebungsbedürftiger Mensch in einer unvollkommenen Welt.

zu 2.: Das von mir so genannte *Solidaritätsmodell* betont nicht einen kategorialen (und auszugleichenden) *Unterschied* zwischen Tätern und Opfern, sondern deren prinzipielle *Gleichheit*. Hier ist davon auszugehen, dass *alle* Menschen schuldig werden, weil sie gar nicht anders können (s.o.), und dass wir Menschen von daher einander die Vergebung schulden, derer wir alle selbst bedürfen. Hierbei handelt es sich m.E. um die notwendige zwischenmenschliche Konsequenz aus der christlichen Lehre von Sünde und Rechtfertigung: Wir identifizieren uns als selbst Schuldige mit anderen Schuldigen – und das ist befreiend. Wir sondern keine Sündenböcke mehr aus, denn wir sitzen alle im selben Boot. In der Gemeinschaft der Begrenzten und Unvollkommenen ist Schuld für alle unvermeidlich und alle brauchen Vergebung; Vergebung ist daher etwas, das man zu nehmen und zu geben hat (vgl. die Vaterunser-Bitte nach Mt 6,12 „... und vergib uns unsere Schuld, wie auch wir vergeben unseren Schuldigern").

Seelsorglich wichtig ist daran der Aspekt der *Verbundenheit*, auf den unten noch zurückzukommen ist.

27.3 Psychologische Orientierung: Zum positiven Sinn „falscher" oder „neurotischer" Schuldgefühle bei Menschen, die keine wirkliche Schuld haben

Anhand der eingangs genannten Fallbeispiele hatten wir schon gesehen: Auch in Fällen, in denen es aus e*thischer* Sicht *nicht* sinnvoll ist, von „Schuld" i.S. von Verschulden zu reden, kann die subjektive Schuldkonstruktion des Klienten eine sinnvolle psychologische Funktion haben. Vier solcher Funktionen sind:[24]

1. Schuld als Erklärung für Unbegreifliches (Sinn statt Sinnlosigkeit)
2. Schuldgefühl statt unerträglicher anderer Gefühle (Verschiebung)
3. Schuld (d.h. Macht) statt Ohnmacht
4. Schuld (d.h. Verbundenheit) statt Isolation

zu 1.: Schuld als Erklärung für Unbegreifliches (Sinn statt Sinnlosigkeit)

Wenn ein erschütterndes Widerfahrnis jemandem unbegreiflich und unerklärlich ist und er es nicht in irgendeinen Sinnzusammenhang bringen kann, der ihn das Leben verstehen lässt, steigert das sein Bewältigungsproblem. Wie konnte das passieren? Warum? Man sucht nach Erklärungen. Schuld ist eine mögliche Antwort. Wenn jemand Schuld ist, gibt es einen plausiblen Grund für das Geschehene: Lieber Schuld als Sinnlosigkeit. Schuld ist für viele Menschen leichter auszuhalten als ein sinnloses Leben in einer sinnlosen Welt.

24 Zu weiteren Mechanismen vgl. Paul. C., Schuld – Macht – Sinn. Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess. Gütersloh 2010.

zu 2.: Schuldgefühl statt unerträglicher anderer Gefühle (Verschiebung)

Ein überwältigendes Widerfahrnis löst starke Gefühle aus: Angst, Wut, Trauer usf. Nicht jedes davon ist jedem Menschen vertraut und erträglich. Wenn ein Schuldgefühl ihnen vertrauter und erträglicher ist, deuten sie ein anderes Gefühl u.U. zu einem Schuldgefühl um: Lieber schuldig als ängstlich, wütend, traurig. Oder: Lieber schuldig als nicht wissen, was ich fühle, unsicher, mich selbst nicht mehr kennend. Der Vorteil ist, dass sie das Schuldgefühl kennen und deshalb besser handhaben können. Ein weiterer Vorteil kann sein, dass ihnen das Schuldgefühl ermöglicht, ein tragfähigeres Selbstkonzept zu erhalten, wie wir gleich sehen werden (s. zu 3.).

zu 3.: Schuld (d.h. Macht) statt Ohnmacht

Wer schrecklichen Widerfahrnis ausgesetzt war und nichts dagegen tun konnte, kann sich als hilflos ausgeliefert und als ohnmächtig erleben. Wird dieses Erleben generalisiert, kann daraus eine lähmende Handlungsunfähigkeit resultieren.[25] Es handelt sich hierbei jeweils um subjektive Bedeutungsgebungsprozesse (ich *interpretiere* mich als hilflos, ohnmächtig etc.), die auch anders konstruiert werden können. Eine Alternative dazu kann es sein, sich selbst die Schuld an dem Widerfahrnis zu geben: Lieber schuldig als ohnmächtig, denn wer Schuld hat, hat Macht über das Geschehen. Er hat es ja selbst verursacht. Er ist ihm nicht ausgeliefert, nicht Opfer, sondern Täter. Er kann handeln. Er hat Kompetenz.

zu 4.: Schuld (d.h. Verbundenheit) statt Isolation

Wer einen Menschen verloren hat, wer von einem Anderen verlassen wurde oder verraten und verkauft, ist zurückgelassen und oft einsam. Schuld aber bindet ihn und den Anderen über die Trennung hinaus aneinander. „Hätte ich mich anders verhalten, hätte er mich *nicht* verlassen, *noch* nicht verlassen, nicht *so* verlassen“ etc., lauten gängige Konstruktionen. Man selbst hält noch am anderen Menschen fest. Oder im obigen Beispiel der an Sterbebett wachenden Frau, die den Moment des Todes ihres Mannes verpasste: Gäbe sie sich nicht die Schuld am einsamen Sterben ihres Mannes, müsste sie sich damit auseinandersetzen, dass er sie beim Sterben vielleicht nicht bei sich haben wollte. Gäbe sie sich nicht die Schuld am einsamen Sterben ihres Mannes, müsste sie spüren, dass sie selbst einsam zurückgeblieben ist.

Was mit diesen kurzen Schlaglichtern deutlich gemacht werden soll, ist:

Auch wenn ein Schuldgefühl oder eine Schuldkonstruktion im Sinne eines ethischen Urteils als „unangemessen“ erscheint – sie können eine andere sinnvolle Funktion für den Klienten haben. Deshalb ist es seelsorglich nicht angezeigt, den Klienten von seinem Schuldgefühl oder seiner Schuldkonstruktion abbringen zu wollen, solange er keine Alternative hat, die diese Funktion anders erfüllt. Man würde ja auch niemandem seine Krücke wegnehmen, solange er nicht wieder ohne sie laufen kann und selber bereit ist, sie abzulegen. Zunächst ist es also seelsorglich angezeigt, nach der Funktion der „Schuld“ zu fragen:

25 Es handelt sich hierbei natürlich um subjektive Bedeutungsgebungsvorgänge bzw. Interpretationen von Erlebnissen, die auch ganz anders gedeutet werden können – alternative, heilsamere Betrachtungsweisen können in seelsorglichen und psychologischen Beratungen eingeführt werden. Zur einer wissenschaftlich Ausdifferenzierung Beschreibung der hier nur kurz benannten Dynamik in Bezug auf Psychotraumatologie und kognitive Stresstheorie vgl. Lammer, Kalter Schweiß auf dem Rücken (vgl. Anm. 21)

Welches Problem hätte der Klient, wenn er das Schuldproblem nicht hätte? Und welche alternativen Lösungswege gäbe es, dieses Problem zu bearbeiten – *außer* mittels der Hilfskonstruktion „Schuld“?

Hierzu kommen theologische Konstruktionen oder spirituelle Wege als heilsame Alternativen infrage. Darauf soll im nächsten Abschnitt eingegangen werden.

27.4 Theologisch-existentiale Orientierung: Das Maß des Menschseins – heilsamer Umgang mit Schulderleben

Schulderleben führt Menschen an ihre existentialen Grenzen.

Die Tatschuld (*culpa*) führt in die Differenzerfahrung: Man erlebt die eigene Unvollkommenheit. Die eigene Person ist mit sich selbst nicht identisch, sondern voller Ambivalenzen, Brüche und Widersprüche. Diese Erfahrung hat der Apostel Paulus mit den Worten beschrieben hat „... das Gute, das ich tun will, tue ich nicht, sondern das Böse, das ich nicht tun will, das tue ich“ (Röm 7,19).

Die Seinsschuld führt in die Kontingenzerfahrung: Man erlebt die Unverfügbarkeit des Lebens. Das ist m.E. das tiefer liegende, weil letztlich *spirituelle* Problem. Nachstehend möchten wir erläutern, welchen spirituellen Kern die o.a. vier Typen „falscher“ Schuldgefühle haben, bzw. welcher spirituelle Umgang damit heilsam sein kann.

1. **Schuld als Erklärung für Unbegreifliches (Sinn statt Sinnlosigkeit)**
   Das spirituelle Problem, das diese Art von Schuldkonstruktion zu lösen versucht, lautet: „Ich kann nicht fassen, was mir passiert ist, ich verstehe es nicht, ich suche einen Grund.“ Fraglich, ist, ob ein auf Dauer tragender Grund in einer *Erklärung* (wie z.B.: Schuld) gefunden werden kann, oder letztlich nur in einem tragenden *Sinngrund*, der seelsorglich zu explorieren wäre.
2. **Schuldgefühl statt unerträglicher anderer Gefühle (Verschiebung)**
   Eine Schuldkonstruktion kann eine Antwort auf das spirituelle Problem sein: „Ich kann nicht ertragen, was ich fühle.“ Fraglich ist, ob eine solche Form der Ab- oder Umlenkung dauerhaft aus diesem Problem erlöst. Eine bessere Alternative könnte sein, dass jemand das unaussprechliche Erleben seelsorglich zur Sprache und zur Darstellung bringt und der betroffene Mensch erfährt: ich bin nicht der oder die Einzige, es gibt unzählige Menschen vor und neben mir, die das Gleiche erlebt haben und es benennen, gestalten und bewältigen konnten. Ich denke hier an die Symbolsprache etwa von Psalmtexten und Ritualen.
3. **Schuld (d.h. Macht) statt Ohnmacht**
   Wenn das spirituelle Problem ist: „Ich fühle mich ohnmächtig“ – kann es dann dauerhaft daraus erlösen, mächtig zu agieren? Oder ist es eher entlastend, die eigenen Grenzen und Möglichkeiten, das Maß des eigenen Menschseins realistisch einzuschätzen und damit Frieden zu machen?

Dieser Punkt soll noch ein wenig vertieft werden; nach unserem Dafürhalten sind wir hier beim Kern der Sache:[26]

26 Vgl. zu den folgenden beiden Abschnitten ausführlicher: Lammer, K., „Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, damit wir ein weises Herz gewinnen“, in: Nittel, Dieter/Seltrecht, Astrid, Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt in interdisziplinärer Perspektive, Berlin/Heidelberg 2013, S. 545–552.

Schuld ist, genau wie das Leid, eine Grenzerfahrung (das verbindet übrigens Täter und Opfer). Wer leidet und wer schuldig wird, stößt an seine Grenzen. Die Erfahrung der Grenze und der eigenen Begrenztheit ist real, die subjektive Interpretation als „Ohnmacht" ist aber irreal, d.h. eine Fehlinterpretation. Aus psychologischer Sicht handelt es sich um eine Ohnmachts*phantasie*, die erst am enttäuschten Allmachtswunsch entsteht. Man hat sich vorher als rein und unschuldig, als heil und ganz phantasiert, und nun, wo die Illusion der Ganzheit verloren geht, schlägt sie um in die Phantasie, man habe sich *ganz* verloren. Als sei man alles Sinnvollen, aller Fähigkeiten und Möglichkeiten, aller Rechte beraubt – ohnmächtig. Beide, Allmachts- und Ohnmachtsphantasie, sind aber unrealistisch. Die Chance der Grenzerfahrung ist es, beide aufzugeben und statt dessen zu einer realistischen Selbsteinschätzung zu kommen:

Psychologisch gesprochen, akzeptiert die reife Persönlichkeit ihre Begrenzungen, ergreift aber entschlossen ihre Möglichkeiten. Theologisch gesprochen, nimmt, wer glaubt, das von Gott geschenkte Leben als Gabe und als Aufgabe an, entfaltet nach Kräften die eigenen Möglichkeiten, verantwortet und überantwortet/verwindet sein Scheitern. „Praxissituation endlicher Freiheit" nennt der evangelische Dogmatiker Eilert Herms das.

Dass das Stoßen an Grenzen nicht *vor*kommen dürfe oder dass es der Ereignisbruch sei, der den betroffenen Menschen von den anderen trenne und unterscheide, ist falsch. Damit sind wir beim letzten Punkt:

4. **Schuld (d.h. Verbundenheit) statt Isolation**
   Wenn hinter einer Schuldkonstruktion als spirituelle Aussage steht: „Das hätte nicht passieren dürfen. Warum passiert das gerade mir?", dann ist das Ausdruck der falschen Vorstellung, das Stoßen an existenzielle Grenzen sei ein Ausnahmefall. Das trifft ja nicht zu, im Gegenteil: Es ist der *Regel*fall, weil die Kontingenz zu den Systembedingungen der Existenz gehört. Nichts ist im Leben sicher, außer, dass wir an unsere Grenzen kommen. Diese Einsicht schließt auch die Einsicht in die kreatürliche Angewiesenheit auf andere ein: Ich *werde* geboren, ich *werde* geliebt, ich *werde* gepflegt, mir *wird* vergeben. Das Passiv zeigt hier an: Alles, was im Leben wirklich wichtig ist, kann ich mir nicht selber geben, ich kann es mir nicht nehmen, ich kann es mir nur schenken lassen. Wir sind angewiesen auf ein Du: auf seine Liebe, auf seine Zuwendung, auf seine Vergebung. Alle. Immer. Die Chance an *Grenzerfahrungen* wie Leid und Schuld ist, dass wir uns das bewusst machen und bereit werden, Zuwendung und Vergebung zu gewähren und anzunehmen.

Wir sind angewiesen auf die anderen. Deshalb ist das Wichtigste, was wir Leidenden und Schuldigen zu geben haben, das Sakrament der Gemeinschaft. Es drückt aus: Du wurdest verletzt und du hast verletzt. Du wirst verletzt werden und du wirst verletzen. Aber du wirst nicht verlassen.

Es gibt in diesem Leben keine Hoffnung auf Unversehrtheit. Es gibt in diesem Leben auch keine Hoffnung auf Unschuld. Aber es gibt die Hoffnung auf Gemeinschaft und Verbundenheit. Dies zu entdecken und dessen getrost zu werden, könnte ein heilsamer spiritueller Weg sein, Schulerleben zu bewältigen.

27.5 Interprofessionelle Orientierung: Zu Rolle und Funktion der Seelsorge

Die o.a. Hoffnung auf Gemeinschaft und Verbundenheit tragen Seelsorgende in die Notfallbegleitung ein. Von ihrer professionellen Rolle her verweisen sie auch auf das Thema der Verbundenheit, der Gemeinschaft mit *Gott* – und zwar schon ehe und ohne dass sie davon reden oder überhaupt irgendetwas tun oder sagen. Denn sie sind Symbolfiguren für das religiöse Thema. Ihre pure Anwesenheit verweist auf die christliche Hoffnung, die heißt: Du bist nicht heil, sondern gebrochen. Du bist nicht heilig, sondern schuldig. Aber du bist gesegnet, und nicht verflucht.

Was ändert sich dadurch? Die Haltung. Anders betrachtet: der haltende Rahmen. Im Sinne der systemischen Beratung kann man das auch als Reframing verstehen. Man legt sich „Gegebenheiten, die nicht zu ändern sind, so zurecht, dass sich mit ihnen leben lässt“.[27] Wir rücken das Unabänderliche in eine Perspektive, die es uns ermöglicht, uns dazu zu verhalten. Wir fragen, wie sich *mit* Leiden und Schuld leben lässt, und was unser Leben dennoch zusammenhält. Wir finden eine Einstellung, mit der sich weiter leben lässt. Christen nennen das „Glauben“.

Das zuvor in seelsorglicher Perspektive Gesagte sei hier zusammengefasst:

Schuld und Leid sind unvermeidlich. Sie sind Begegnungen mit der Kontingenz. Aufgabe der Seelsorge ist nicht, sie zu ermäßigen, sondern sie zu thematisieren. Das wichtigste Heilsmittel, das Seelsorgende dabei weiterzutragen haben, ist das Sakrament der Gemeinschaft. Gemeinschaft lässt die eigenen Grenzen ertragen und transzendiert sie. Die Grenze kann annehmbar werden.

Wer anderen glaubwürdig zur Akzeptanz der eigenen Grenzen verhelfen will, muss sich selbst auf einen spirituellen Weg des Umgangs mit den eigenen Grenzen machen. Das schließt das Bewusstsein um die Grenzen der eigenen Möglichkeiten als professionell handelnder Mensch ein: Auch Seelsorgende können die Schuld und das Leid ihrer Klienten nicht wegnehmen – das ist Gottes Metier, nicht menschliches. Auch sie müssen die eigenen Allmachts- und Ohnmachtsphantasien, das eigene Sein-Wollen-wie-Gott loslassen. Sie dürfen die eigene Angst um die Annehmbarkeit ihres Könnens und Tuns in der Seelsorge nicht kompensieren, indem sie immer mehr zu leisten und zu machen versuchen. Im Gegenteil: Im Unterschied zu allen anderen Professionen im Notfalleinsatz ist es gerade *nicht* die Aufgabe als Seelsorgenden, zu tun und zu machen, Probleme weg zu machen, sondern die spezielle Aufgabe Seelsorgender ist es, zu *sein* und sein zu *lassen*. Sie sind nicht die Do-ers, sondern die Beers. Es ist anstrengende seelische Arbeit, die Dinge und die Menschen so sein zu lassen, wie sie sind (nicht, wie sie sein sollten), und die Grenzerfahrung eines schlimmen Widerfahrnisses zu akzeptieren. Eine realistische Einschätzung und eine getroste Haltung zu unseren eigenen Grenzen und Möglichkeiten in unserem professionellen Handeln zu finden, ist auch ein Werk der Stellvertretung.

27 Dalfert, I., Leiden und Böses. Vom schwierigen Umgang mit Widersinnigem, Leipzig, 2. Aufl. 2007, S. 110.

Literatur

Auchter T (1996) Von der Unschuld zur Verantwortung. In: Schlagbeck T (Hrsg.) Theologie und Psychologie im Dialog über Schuld. Paderborn, S. 41–138

Bobert S (2004) Fremder Schuld geopfert sein. Wege zum Menschen 56(5): 421–435

Dalfert I (2007) Leiden und Böses. Vom schwierigen Umgang mit Widersinnigem. 2. Aufl. Leipzig

Funke D (2000) Das Schulddilemma. Wege zu einem versöhnten Leben. Göttingen

Härle W (2007) Dogmatik, Kap. Die gefallene Welt. Hamartiologie, Berlin, S. 456–492

Klessmann M (2004) Pastoralpsychologie. Ein Lehrbuch. Neukirchen-Vluyn

Körtner U (2006) Sündenvergebung und Schuldübernahme in der Seelsorge. WzM 58: 259–269

Lammer K (2013) Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, damit wir ein weises Herz gewinnen. In: Nittel D, Seltrecht A (Hrsg.) Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt in interdisziplinärer Perspektive. Berlin/Heidelberg, S. 545–552.

Paul C (2010) Schuld – Macht – Sinn. Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess. Gütersloh

Reichmann A (2010) „Das gute Gewissen ist eine Erfindung des Teufels." Ein anderer Umgang mit Schuld und Vergebung als Auftrag der Kirche. Vortrag am 24.11.2010 im Altonaer PastorInnenkonvent, http://www.pastoralpsychologie-norden.de/fileadmin/_pastoralpsychologie/publikationen/Schuld_und_Vergebung.pdf.

Schulze G (2006) Die Sünde. Das schöne Leben und seine Feinde. München/Wien

Schweitzer A (1923) Kultur und Ethik (Kulturphilisophie, Bd. II). München, Bern

Sievenich M (2005) Schuld und Vergebung. Grundthema und Anfrage. WzM 57: 298–308

Sitzler-Osing D, van den Beld A, Genest H (1999) Art. Schuld. TRE 30: 572–590



Prof. Dr. Kerstin Lammer

Theologin und Pastoralpsychologin, Supervisorin/Lehrsupervisorin (DGSv/DGfP), Systemische Familientherapeutin (SG). Berufliche Tätigkeiten als Krankenhausseelsorgerin in USA, Beratungspastorin in einer Einrichtung für Menschen mit geistigen Behinderungen, Gemeindepfarrerin, Weiterbildnerin, Supervisorin und Therapeutin.

Seit 2007 Professorin für Seelsorge und Pastoralpsychologie, Leiterin des MA-Studiengangs Supervision an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Vorsitzende der Ständigen Konferenz für Seelsorge in der EKD.

28 Zwang und Zwangsmaßnahmen in der Notfallmedizin

Dagmar Brosey

Der Umgang mit Patienten, die aufgrund von Bewusstlosigkeit, eines Erregungszustands, einer psychischen Erkrankung oder infolge des Konsums von Alkohol, Drogen oder anderen Substanzen aktuell nicht in der Lage sind, über die Erforderlichkeit einer medizinischen Behandlung selbstständig zu entscheiden, ist eine besondere Herausforderung für (Not-)Ärzte, Rettungsassistenten und Pflegende. Grundsätzlich sind medizinische Maßnahmen nur legitim, wenn diese mit der wohlinformierten Einwilligung des Patienten erfolgen. Im Notfall fehlt häufig die Zeit für eine umfassende Aufklärung, ebenso kann die Fähigkeit des Patienten zur Einwilligung beeinträchtigt oder ausgeschlossen sein.

Lehnt der Betroffene überdies die medizinische Hilfe ab, wehrt er sich gegen Maßnahmen, greift er Helfende an oder verweigert er den Transport in eine Klinik, so wird die Entscheidungssituation noch komplexer. Kommt es dann zu ärztlichen oder pflegerischen Maßnahmen gegen den Willen des Patienten, liegt darin immer auch der Einsatz von Zwang vor. Solche Situationen können von den betroffenen Patienten als einschneidend und gerade im Bereich psychiatrischer Notfälle oft als traumatisierend erlebt werden (Zentrale Ethikkommission der BÄK 2013). Für Ärzte, Rettungsassistenten und Pflegende stellt sich die Frage, ob ein Handeln gegen den Willen des Patienten erlaubt ist bzw. ob eine Handlungspflicht besteht, wenn der Patient den indizierten Maßnahmen nicht zustimmt.

Ausgangspunkt sind auch hier die wesentlichen ethischen Prinzipien des ärztlichen Handelns, die zu beachten sind, nämlich Menschenwürde, Autonomie, Fürsorge, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit (vgl. dazu Maio, Kap. 1). Diese ethischen Prinzipien finden sich in den rechtlichen Regelungen wieder und decken sich mit diesen. Allerdings stehen diese Prinzipien nicht nebeneinander, sondern folgen einer Reihenfolge, die hier aufgezeigt werden soll.

28.1 Handlungspflicht im Notfall

Ein medizinischer Notfall ist zunächst ein Zustand, der einen unmittelbaren Handlungszwang zur Abwendung von Lebensgefahr oder von anderen schwerwiegenden Folgen des Patienten mit sich bringt (vgl. Kap. 2). Ein schnelles Handeln kann aber auch notwendig werden, weil der Patient Dritte akut gefährdet. Der Schwerpunkt dieser Ausführungen liegt auf der Eigengefährdung, also auf Notfallpatienten, die sich in Lebensgefahr bringen oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend medizinische Hilfe erhalten. Die Aspekte des Schutzes Dritter werden aber ebenso aufgegriffen. Die Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdgefährdung ist auch bedeutsam, weil die Legitimation von Zwangsmaßnahmen aus unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und damit unterschiedlichen Kriterien folgt.

Aus einem Notfall entsteht zunächst eine Hilfspflicht und eine Garantenstellung der beteiligten Ärzte und je nach Ort des Notfalls auch der beteiligten Rettungsassistenten z.B. am Unfallort bzw. der Pflegenden im Krankenhaus. Die rechtliche Grundlage für die Behandlungsmaßnahme im Notfall bildet bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten die *Geschäftsführung ohne Auftrag* (§§ 677ff. BGB) bzw., soweit es um den Eingriff in die körperliche Integrität geht, die *mutmaßliche Einwilligung*. Auch der Notfall verlangt stets eine medizinische Indikation für ärztliche und/oder pflegerische Maßnahmen sowie eine vorherige Aufklärung des Patienten. Zu beachten ist dabei, dass auch eine vitale oder absolute Indikation keineswegs schlechthin von den Aufklärungspflichten entbindet, sondern nur den Genauigkeitsgrad und die Intensität der Aufklärung im Einzelfall verringert (Spickhoff 2014).

28.2 Wann liegt Zwang vor?

Wehrt sich der Patient und können die indizierten Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen nur gegen seinen Widerstand, z.B. durch Festhalten oder Fixieren, durchgesetzt werden, so liegen Rechtsverletzungen vor, die wir als Zwang bezeichnen.

Zwang liegt aber nicht nur bei Anwendung körperlicher Gewalt vor, sondern in jedem Fall, in dem gegen den Willen eines Patienten gehandelt wird. Eine Zwangsbehandlung liegt daher auch vor, wenn ein entgegenstehender Wille durch Täuschung oder Drohung überwunden wird. Jede Anwendung von Zwang stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die psychische und ggf. körperliche Integrität des Patienten dar und muss daher aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht gerechtfertigt werden (Lipp 2015).

Zwang zur Durchsetzung medizinischer Behandlung betrifft immer die Grundrechte der körperlichen Integrität und der Fortbewegungsfreiheit, die durch das Strafrecht mit den Delikten der Körperverletzung (§ 223 StGB), Nötigung (§ 240 StGB) und Freiheitsberaubung (§ 239 StGB) abgesichert werden und auch zivilrechtliche Haftungsfolgen haben können (§ 823 BGB). Für den Arzt und die Rettungskräfte erfordert dies auch im Notfall eine Legitimation, die nicht allein mit der Notfallsituation begründet werden kann.

!

Behandlungspflicht bedeutet nicht automatisch ein Behandlungsrecht.

Auch wenn im Notfall eine Behandlungspflicht des Arztes besteht, so wird aus der Notfallsituation kein Behandlungsrecht hergeleitet. Auch im Rettungsdienst und im klinischen Notfall kommt die von der Rechtsprechung und weiten Teilen der juristischen Literatur vertretene Körperverletzungsdoktrin zur Anwendung, nach der auch ein medizinisch gebotener und fachgerecht ausgeführter ärztlicher Eingriff selbst dann als Körperverletzung gilt, wenn er erfolgreich Heilzwecken dient. Aus diesem Grund bedarf es seiner rechtfertigenden Einwilligung nach einer zuvor erfolgten, dem Selbstbestimmungsrecht dienenden und ausreichenden Aufklärung (Laufs u. Kern 2010; Lipp 2015). Gleiches gilt dem Grunde nach auch für Maßnahmen, die die Fortbewegungsfreiheit des Patienten betreffen, also Festhalten, Fixieren, Transport.

28.2.1 Kein Zwang gegenüber einwilligungsfähigen Patienten

Für den Fall, dass der einwilligungsfähige (aufgeklärte) Patient die Hilfsmaßnahme ablehnt, gibt es keine rechtliche Legitimation für Maßnahmen bei Eigengefährdung. Die Legitimation ärztlichen oder pflegerischen Handelns findet auch in der Rettungsmedizin ihre Grenzen am *entgegenstehenden Willen des Verunglückten oder Notleidenden* (Lipp 2015). Eine Zwangsbehandlung gegen den freien Willen des Patienten ist nicht erlaubt, ebenso wenig eine Behandlung, die einer wirksamen und für eine solche Situation zutreffenden *Patientenverfügung* widerspricht (Brosey 2009; Brosey 2010). Hier wirkt sich das Recht auf Selbstschädigung und Freiheit zur Krankheit aus (BVerfG v. 23. März 2011 Az: 2 BvR 882/09).

> *„Eine Verpflichtung zur Vornahme von lebenserhaltenden Maßnahmen gegenüber einem freiverantwortlich handelnden Suizidenten besteht auch nicht für einen diensthabenden Notarzt. Einer entsprechenden Handlungsverpflichtung steht insofern bereits der zu beachtende Suizidwille des Patienten entgegen“ (LG Deggendorf, Beschluss vom 13. September 2013 – 1 Ks 4 Js 7438/11 –, juris).*

»

> *Einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann. Ist der Patient einwilligungsfähig, liegt ein freier Wille vor.*

Solange der Patient einwilligungsfähig ist, darf auch ein Patientenvertreter (sofern vorhanden) nicht für ihn entscheiden. Die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit ist Aufgabe des Arztes (vgl. dazu in der Schmitten, Kap. 8).

Aus der Behandlungspflicht folgt im Notfall aber, dass der Arzt im Fall der Verweigerung des Patienten seinerseits versuchen muss, Einsicht in das Notwendige zu wecken, insbesondere bei der Wahrscheinlichkeit der schweren Gefahr für den Patienten, allerdings ohne List, Tücke, Lüge und Drohung. **Es besteht eine Pflicht zu Schutz- und Gefahrhinweisen** (Spickhoff 2014) in deeskalierender Art und Weise. Es ist auch genau zu beachten, was der Patient konkret ablehnt. Eine Überwindung des entgegenstehenden Willens ist nicht zulässig. Dies gebietet das Selbstbestimmungs-

recht des Patienten. Im Hinblick auf eine Entlastung der Haftung ist eine schriftliche Erklärung des Patienten zur Dokumentation zwar hilfreich, jedoch nicht erforderlich (OLG Düsseldorf VersR 1997, 1402).

Gefahr für Dritte

Eine Maßnahme bei Eigengefährdung darf immer nur unter dem Gesichtspunkt des Patientenwillens legitimiert werden, für die Abwehr von Gefahren für Dritte ergeben sich im Notfall die Notwehr und der Notstand als Rechtfertigungsgründe. Für den Fall, dass sich der Patient Dritten, insbesondere auch den Rettungshelfern gegenüber, gefährdend verhält, so sind Maßnahmen zur konkreten Abwendung des Angriffs unter dem Aspekt der Notwehr (§ 32 StGB) legitim, wenn z.B. ein Patient um sich schlägt und einen Rettungssanitäter angreift.

> *Notwehr ist immer nur die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen und rechtswidrigen* ***Angriff*** *von sich oder auch einem anderen abzuwenden. Sie muss immer auch angemessen sein.*

Wer hingegen in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut Zwang ausübt, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt dann nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Auch hier gilt jedoch nur, soweit die Zwangsmaßnahme Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden (§ 34 StGB). Im Falle einer erheblichen Infektionsgefahr sieht § 28 Infektionsschutzgesetz Schutzmaßnahmen durch die zuständige Behörde vor.

Schutz- und Sicherungsmaßnahmen könnten gerechtfertigt sein, nicht hingegen weitergehende medizinische Maßnahmen, wie die Verabreichung von Sedativa.

> **Eine Zwangsbehandlung ist zur Abwehr von Drittgefahren in der Regel kein legitimes Mittel (Zentrale Ethikkommission der BÄK 2013).**

In solchen Fällen ist die Polizei zu informieren, die aufgrund des Polizeirechts Maßnahmen zu treffen hat. Eine unfreiwillige Unterbringung nach dem Landesunterbringungsrecht (PsychKG) wäre bei einem gefährdenden Patienten, der einen freien Willen bilden kann, ausgeschlossen. Hier kämen nur allgemeine Polizeimaßnahmen in Betracht.

28.2.2 Der einwilligungsunfähige Patient

Die Einwilligungsfähigkeit kann bei Kindern und Jugendlichen (in der Regel unter 14 Jahren) bei akuter Auswirkung einer schweren psychischen Erkrankung, starker Alkoholintoxikation, Delir, Unterversorgung, aber auch unfallbedingt durch Schock, hirnorganisches Trauma beeinträchtigt oder ausgeschlossen sein. Die Feststellung

der aktuellen Einwilligungsunfähigkeit liegt stets in der Verantwortung des Arztes. Einwilligungsunfähige Patienten können Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme in der jeweiligen Situation nicht erfassen. Sie sind nach Möglichkeit aber trotzdem aufzuklären. Für die Frage nach Zwang im Notfall ist eine Unterscheidung zwischen bewusstlosem Patient und Patient bei Bewusstsein zu treffen.

Zunächst gilt aber immer, dass die Legitimation auf der medizinischen Indikation und dem mutmaßlichen Patientenwillen beruht, auch wenn ein Patientenvertreter im Notfall erreichbar ist.

Bedeutung des Patientenvertreters

Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten (Bevollmächtigter oder Betreuer für Volljährige, Sorgeberechtigter für Minderjährige) einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Auch der Patientenvertreter eines Volljährigen hat Wünsche und (mutmaßlichen) Willen des Patienten zwingend zu achten (§ 1901a Abs. 2 BGB). Auch nahe Angehörige können berechtigt sein, wenn Anhaltspunkte für eine mutmaßliche Bevollmächtigung durch den Patienten vorliegen (Diekmann 2009). Der Vertreter eines Minderjährigen hat im Sinne des Kindeswohls zu entscheiden.

Besteht im Hinblick auf eine indizierte Maßnahme die begründete Gefahr, dass der Patient aufgrund der Maßnahme einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, darf diese Maßnahme nur dann ohne die vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichts durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub der Vornahme wiederum Gefahr verbunden ist. Einer Genehmigung bedarf es aber auch dann nicht, wenn zwischen Patientenvertreter und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a BGB festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

Unaufschiebbare Maßnahme im Notfall

Kann die Einwilligung des Berechtigten wegen der Eilbedürftigkeit der Maßnahme nicht eingeholt werden, ist auf den mutmaßlichen Patientenwillen abzustellen. Sofern nahestehende Personen im Notfall anwesend sind, können diese zum mutmaßlichen Willen des Patienten befragt werden.

Duldet die Maßnahme Aufschub, ist, genauso wie für die Weiterbehandlung im Krankenhaus, die Einwilligung des Berechtigten einzuholen, sofern der Patient seine Einwilligungsfähigkeit nicht zeitnah wiedererlangt und selbst entscheiden kann. Entscheidungen, die im Rahmen einer Notfallsituation getroffen wurden, müssen daraufhin überprüft werden, ob sie weiterhin indiziert sind und vom Patientenwillen getragen werden. Zur Bestimmung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen kommt es auf dessen persönliche Umstände, individuelle Interessen, Wünsche, Bedürfnisse und Wertvorstellungen an.

» *Lassen sich allerdings im Notfall mangels entsprechender Anhaltspunkte, insbesondere früherer Willensäußerungen, keine individuellen Präferenzen des Betroffenen ermitteln, so kann und muss davon ausgegangen werden, dass sein*

mutmaßlicher Wille mit dem übereinstimmt, was gemeinhin als vernünftig angesehen wird und den Interessen eines verständigen Menschen üblicherweise entspricht und im Zweifel Schutz des menschlichen Lebens Maßstab ist (Bundesgerichtshof: BGHSt v. 13.09.1994, Az 1 StR 357/94219).

Auch die Zwangsbehandlung bei Eigengefahr erfordert die medizinische Indikation für eine Zwangsbehandlung sowie eine mutmaßliche Einwilligung zu dieser. Bei selbstgefährdendem Verhalten kommt eine Legitimation wegen Notstands nicht in Betracht, da es sich hier nicht um einen Konflikt zwischen kollidierenden Rechtsgütern desselben Rechtsgutsträgers handelt (Spickhoff 2014).

Im Recht wird zur Legitimierung von Zwangsmaßnahmen eine wichtige Unterscheidung zwischen dem freien Willen und dem „natürlichen Willen" getroffen. Gegen den freien Willen eines Einwilligungsfähigen ist Zwang zur Abwendung einer Eigengefährdung nicht zulässig. Ein entgegenstehender „natürliche Wille" stellt besondere Anforderungen an die Legitimierung von Zwang.

Eine Zwangsbehandlung ist jede Behandlung gegen den aktuellen natürlichen Willen eines Patienten; unerheblich ist, ob der entgegenstehende Wille verbal oder nonverbal geäußert wird und ob der Patient einwilligungsfähig ist.

Merke: Zwang liegt nicht nur bei Anwendung körperlicher Gewalt (z.B. Festhalten oder Fixieren) vor, sondern in jedem Fall, in dem gegen den Willen eines Patienten gehandelt wird.

Kein Zwang liegt vor, wenn der „Widerstand" des Betroffen „nur" Ausdruck seiner Reflexe ist, ohne dass der Patient bei Bewusstsein ist und damit bewusst die Maßnahme ablehnt. Die Annahme der mutmaßlichen Einwilligung genügt dann zur Legitimation der Behandlung ebenso wie für Sicherungsmaßnahmen, solange diese medizinisch indiziert sind und fachgerecht durchgeführt werden.

28.3 Gesetzliche Regelung über Zwangsmaßnahmen

Es gibt keine ausdrückliche gesetzliche Regelung für Zwang im hier gegenständlichen Notfall. Es gibt mit § 1906 Abs. 3 BGB eine Regelung über die Zulässigkeit der Einwilligung des Patientenvertreters in eine ärztliche Zwangsmaßnahme. Danach müssen die Einwilligung des Patientenvertreters (Betreuer/Bevollmächtigter mit der Befugnis zur Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen) und die Genehmigung des Betreuungsgerichts **vor** der Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme vorliegen (§ 1906 Abs. 3a BGB). Diese ist zudem nur im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung erlaubt. All diese Voraussetzungen werden im hier gegenständlichen Eilnotfall, der keinen Aufschub duldet, selten erfüllt werden können.

Die Rechtsprechung hat aber den Grundsatz entwickelt, dass die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung bei der unmittelbaren Gefahr des Todes oder des Eintritts eines irreversiblen schweren gesundheitlichen Schadens dann gegeben ist, wenn ein Betroffener krankheitsbedingt an der Bildung eines freien Willens gehindert ist und

mangels fehlender Einsicht eine dringend notwendige ärztliche Maßnahme nicht durchführen lässt, der unmittelbaren Gefahr ausgesetzt wird, einen irreversiblen schweren gesundheitlichen Schaden zu erleiden, oder gar in Todesgefahr gerät (LG Kassel, v. 24.8.20123 Az: T 432/12, BtPrax 2012, 208).

Diese Grundsätze müssen auch nach der Einführung der gesetzlichen Regelung des § 1906 Abs. 3 BGB Geltung haben, die den Eilnotfall gerade nicht mit umfasst.

Für die Beurteilung der Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen ist zunächst zu unterscheiden:

- *zwischen der Erforderlichkeit der medizinischen Untersuchung und Behandlung als solcher und der Notwendigkeit von Zwang zu ihrer Durchführung,*
- *zwischen der zwangsweisen Maßnahme zur Überwindung des Widerstandes und der zwangsweisen Untersuchung oder Behandlung der Erkrankung/Verletzung des Patienten,*
- *zwischen dem Transport in ein Krankenhaus gegen den Willen des betroffenen Patienten zum Zweck der Behandlung (dem Entzug der Fortbewegungsfreiheit) und der zwangsweisen Behandlung selbst (dem Eingriff in die körperliche Integrität),*
- *weiteren Zwangsmaßnahmen zum Schutz des Betroffenen,*
- *zwischen der Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung (z.B. in der Psychiatrie) und der zwangsweisen Behandlung.*

28.4 Kriterien für eine Zwangsbehandlung

Eine Zwangsmaßnahme kann nur dann gerechtfertigt sein, wenn sie auf der Basis einer ärztlichen **Indikation für die Zwangsmaßnahme** erfolgt und die **Notwendigkeit** und **Angemessenheit** des ärztlichen Eingreifens besteht. Eine Zwangsbehandlung darf nur dann vorgenommen werden, wenn der Einsatz von Zwang **unvermeidbar** ist und der Beitrag zum gesundheitlichen Wohlergehen des Patienten größer ist als der Schaden, der ihm durch die Nebenwirkungen der Behandlung und einer möglichen Traumatisierung durch das Zwangsmittel zugefügt wird. Es ist erforderlich, dass der Patient vor einer **erheblichen Selbstgefährdung** geschützt wird. Außerdem muss das Behandlungsteam nach bestem Wissen und Gewissen davon ausgehen können, dass der konkret Betroffene selbst der Behandlung zustimmen würde, wenn er einwilligungsfähig wäre. Soweit individuelle Wünsche für einen derartigen Fall nicht bekannt sind, kann allenfalls dann von einer mutmaßlichen Zustimmung des Patienten ausgegangen werden, wenn der erwartbare Beitrag zu seinem gesundheitlichen Wohlergehen im Vergleich zu einer möglichen physischen oder psychischen Schädigung deutlich überwiegt (Zentrale Ethikkommission der BÄK 2013).

Die Kriterien, die für eine ärztliche Zwangsmaßnahme im Betreuungsrecht (§ 1906 Abs. 3 BGB) gesetzlich geregelt sind, müssen hier auch die Anforderungen an eine Zwangsbehandlung im medizinischen Notfall begrenzen und konkretisieren und nur für die Situationen Geltung haben, in denen die ärztliche Maßnahme unaufschiebbar ist und nach Überzeugung des Arztes dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht.

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- *Der Patient kann die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme aufgrund von Einwilligungsunfähigkeit nicht mehr erkennen oder vermag nicht nach einer gewonnenen Einsicht zu handeln,*
- *es wurde erfolglos versucht, den Patienten von der Notwendigkeit zu überzeugen,*
- *die medizinische Maßnahme ist zur Abwehr eines drohenden erheblichen Gesundheitsschadens erforderlich und dient damit dem Wohl des Patienten,*
- *der drohende Gesundheitsschaden kann nicht anders abgewendet werden und*
- *der zu erwartende Nutzen ist für den Patienten deutlich höher als die Beeinträchtigung. Der drohende Gesundheitsschaden muss hierbei so gewichtig sein, dass der mit der vorgesehenen Behandlung verbundene Eingriff in die körperliche Unversehrtheit gerechtfertigt werden kann.*

Eine Zwangsbehandlung kann nur in den gesetzlich ausdrücklich geregelten Fällen vom Gericht genehmigt werden. Dies ist aber nur zutreffend, wenn die Zwangsbehandlung im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung erfolgt und die Einwilligung durch einen Patientenvertreter erfolgt (§ 1906 Abs. 3 BGB).

Kann in einem Eilfall der Patientenvertreter beteiligt werden, entscheidet dieser auf der Basis von § 1901a Abs. 2 BGB, ob die medizinisch indizierte Zwangsmaßnahme erforderlich ist und dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Arzt und Patientenvertreter erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a BGB zu treffende Entscheidung.

28.5 Zwangsmaßnahme zur Durchsetzung der medizinischen Behandlung

Maßnahmen zur Ermöglichung der Behandlung, die in die Freiheit des Patienten eingreifen, müssen als rechtsverletzende Zwangsmaßnahmen ebenso streng legitimiert werden.

Kurzfristige Maßnahmen stellen Freiheitsbeschränkungen dar, die legitimierbar sind, wenn diese:

- *medizinisch indiziert sind,*
- *vom mutmaßlichen Willen des Betroffenen gedeckt sind,*
- *geeignet und erforderlich sind,*
- *erfolgen, um die notwendige Behandlung zu ermöglichen.*

Längerfristige oder regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen stellen Freiheitsentziehung dar und benötigen aus Verfassungsgründen eine gerichtliche Kontrollentscheidung. Werden freiheitsentziehende Maßnahmen länger (als 48 Stunden) oder regelmäßig wiederkehrend angewendet, so benötigt der Betreuer/Bevollmäch-

tigte zunächst die Entscheidungsbefugnis über diese Maßnahmen und die Genehmigung des Betreuungsgerichts. Er hat in diesem Fall aber eine Eilentscheidungskompetenz. Gibt es keinen Patientenvertreter bzw. hat der Vertreter nicht den Aufgabenbereich, so hat eine Mitteilung an das Betreuungsgericht mit dem Hinweis auf die Sachlage zu erfolgen. Auch die freiheitsentziehenden Maßnahmen müssen zum Wohl des Patienten erforderlich sein und seinem mutmaßlichen Willen entsprechen (§§ 1906 1901 BGB).

28.6 Zusammenfassung

Für die Beurteilung der Zulässigkeit von Zwang kommt es auf den konkreten Einzelfall an. Das Recht gibt Kriterien vor, um eine ethisch schwierige Notfallsituation bewerten zu können, auch wenn es keine ausdrückliche Rechtsgrundlage gibt.

Zwang und Zwangsmaßnahme im Notfall erfolgen zur Abwehr von Eigengefährdungen des Patienten auf der Basis seines mutmaßlichen Willens und der Verhältnismäßigkeit der Maßnahme. Maßnahmen gegen den freien Patientenwillen sind unzulässig.

Gefährdet der Patient Dritte, so bilden Notwehr bzw. Notstand die Grundlage für eine Legitimation. Medizinische Zwangsbehandlungen zur Abwehr von Gefahren für Dritte sind unangemessen und damit rechtswidrig. Schutz- und Sicherungsmaßnahmen können hingegen legitim sein.

Literatur

Brosey D (2009) Der Wille des Betreuten entscheidet. Betreuungsrechtliche Praxis, S. 175–177

Brosey D (2010) Psychiatrische Patientenverfügung nach dem 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz, Wille und Behandlungswünsche bei psychiatrischer Behandlung und Unterbringung. Betreuungsrechtliche Praxis, S. 161–167

Diekmann A (2009) Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten – Modell eines dreigliedrigen Vertretungssystems. Göttinger Schriften zum Medizinrecht, Band 5, Universitätsverlag Göttingen

Laufs A, Kern B-R (2010) Handbuch des Arztrechts. 4. Auflage. C.H. Beck, München

Lipp V (2015) Die ärztliche Hilfspflicht. Kapitel IV. In: Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V (Hrsg.) Arztrecht. 7. Auflage. C.H. Beck, München

Spickhoff A (2014) Medizinrecht. 2. Auflage. C.H. Beck, München

Zentrale Ethikkommission der BÄK (2013) Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihrer Grenzgebiete (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Zwangsbehandlung bei psychischer Erkrankung 2013. Deutsches Ärzteblatt 110(26): A-1334–A-1338



Prof. Dr. jur. Dagmar Brosey

Studium der Rechtswissenschaft. 2008 Promotion zum Themenbereich Selbstbestimmung rechtlich betreuter Menschen bei Prof. Dr. Volker Lipp, Universität Göttingen. Seit 2008 verantwortliche Redakteurin der Zeitschrift Betreuungsrechtliche Praxis. Seit 2010 Professur für Zivilrecht an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Technischen Hochschule (vormals Fachhochschule) Köln. Zahlreiche Veröffentlichungen zu den Themen Betreuungsrecht, Patientenverfügung, UN-Behindertenrechtskonvention.

29 Emotionale Belastungen in der Notfallmedizin

Karl-Heinz Henze und Gudrun Piechotta-Henze

29.1 Einleitung

Auf Notfälle müssen sich ärztliches und pflegendes Personal sowie die verschiedenen Berufsgruppen im Rettungswesen vorbereiten. Sie lernen während ihrer Ausbildung an der Universität bzw. an Hochschule und Fachschule, in Praxiseinsätzen innerhalb und außerhalb der Klinik, in Fort- und Weiterbildungen wie ein Mensch reanimiert wird, wie ein Defibrillator zu handhaben ist, welche Medikamente zu verabreichen sind etc. Ebenso wichtig ist, ethisch begründet zu handeln, das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Menschen in Notfallsituationen zu respektieren und – soweit dies möglich ist – eine gemeinsame Entscheidung mit dem Betroffenen und den Angehörigen herbeizuführen (Meyer u. Balck 2002).

Wie werden verschiedenste Notfallsituationen emotional ausgehalten und bewältigt? Diese und weitere Fragen haben wir drei Personen gestellt, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit Notfällen konfrontiert sind: *Silke Reinhardt*[28] (S.R.) ist Gesundheits- und Krankenpflegerin, sie arbeitet seit 22 Jahren auf einer interdisziplinären Notfallaufnahme eines Krankenhauses mit Maximalversorgung. *Hartmut Schulz* (H.S.) ist seit nunmehr 18 Jahren bei der Berufsfeuerwehr, er ist sowohl in Rettungs- als auch Feuerwehreinsätzen tätig. *Klaus Heinrich* (K.H.) ist Facharzt für Anästhesie. Nach Tätigkeiten im Operations- und Intensivbereich arbeitet er seit vier Jahren als Notarzt im Rettungswesen.

---

28 Die Angaben sind anonymisiert, die Namen Pseudonyme.

29.2 Emotionale Belastungen und ihre Auswirkungen

Trotz aller Unterschiedlichkeit der verschiedenen Arbeits- und Aufgabenbereiche in den Feldern der Notfallversorgung sind Wechsel von Warte- bzw. Ruhezeiten und plötzlichen Arbeitseinsätzen, die dann höchste Konzentration und Kompetenz erfordern, charakteristisch. In den Zeiten vor Einsätzen sowie vor Aufnahmen von Patienten/-innen werden vorbereitende Aufgaben durchgeführt, etwa die Medikamente überprüft und aufgefüllt, die Geräte gewartet, es wird ferngesehen oder mit Kollegen und Kolleginnen gesprochen.[29]

In der Wartephase verspüren vor allem die weniger berufserfahrenen Akteure/-innen Anspannung, Unruhe, Unsicherheit und Versagensängste:

> *„Wenn man Anfänger ist, erschrickt man sich, ist ganz aufgeregt. Am Anfang habe ich immer gedacht, hoffentlich ist es etwas Leichtes, was ich gut behandeln kann. Später, wenn man viele Krankheitsbilder gesehen hat, ist man viel ruhiger."* (K.H.)

Eine Belastungsspitze kann während der Anfahrt zu einem Notfall auftreten, weil viel Raum für Phantasien über die bevorstehende Situation besteht, und damit entsprechende Ängste ausgelöst werden.

Jenseits von relativ undramatischen Routineaufgaben können die Akteure/-innen extremen Stressoren ausgesetzt sein, sei es am Einsatzort (schwerer Verkehrsunfall, mehrere Schwerverletzte, Suizid, Tötungsdelikt) oder angesichts der Konfrontation mit einer schwerverletzten Person im Rahmen stationärer Notfallbehandlung. Sie sind mit einer Flut an eigenen Gefühlslagen und Befindlichkeiten konfrontiert, mit denen sie umgehen müssen, auch unter sozialethischen Aspekten. In besonderer Weise sind Notfälle gefürchtet, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene betreffen:

> *„… Stirbt ein junger Mensch, etwa ein 20-Jähriger, ist man emotional sehr stark involviert, anders als bei einem alten Menschen, der sein Leben schon gelebt hat. Bei den jungen Menschen, könnte es immer dein Kind sein. Und man erlebt das als ungerecht und sinnlos. Ich frage mich dann immer: ‚Warum stirbt er? Er hat doch sein ganzes Leben noch vor sich' … Dann steht man wirklich manchmal mit den Tränen in den Augen da."* (S.R.)

> *„Ich werde nie vergessen, als wir gerufen wurden und kamen in die Wohnung, in der die Mutter war und ihr totes Baby, das einen Plötzlichen Kindstod erlitten hatte … Wenn Kinder, junge Leute betroffen sind, ist das schwer auszuhalten. Wenn du helfen willst, aber es geht nicht mehr."* (H.S.)

Mit dem Tod von Menschen zu einem frühen Lebenszeitpunkt ist eine unmittelbare Trauerreaktion und Sinnkrise verbunden. Das betrifft nicht nur Eltern und Familienangehörige, sondern auch die Helfer und Helferinnen, die nicht mehr lebensrettend eingreifen konnten. Es resultieren Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht, womöglich auch von Versagen und Schuld. Während es sonst idealerweise durch eine Teilidentifikation gelingt, Anteil zu nehmen und gleichzeitig Arbeitsfähigkeit zu bewahren, ist das angesichts der unmittelbaren Konfrontation mit einem sterbenden und verstorbenen Kind kaum beizubehalten. In dem o.a. Zitat wird eine Identifizierung mit den Kindeseltern deutlich: *„es könnte mein Kind sein"*. Und doch verlangt ein solches

29 In der Notfallaufnahme, so S. R., hat sich die Zeit des Wartens allerdings zusehends verringert. Immer mehr Patienten/-innen müssen im Laufe des Tages und auch nachts versorgt werden.

dramatisches Geschehen nach Handlungsfähigkeit, denn auch die Angehörigen bedürfen dringend der emotionalen Unterstützung.

Oftmals sind zeitgleich oder in kurzer zeitlicher Abfolge weitere Patienten/-innen sowie verunglückte Menschen zu versorgen. Im klinischen Bereich, der von zunehmendem „Patientendurchlauf“ und Arbeitsverdichtung geprägt ist, kann es dann dazu kommen, dass es *„… nur noch darum geht, in kürzester Zeit und mit aller Anstrengung das Leben zu retten.“* Die anderen Patienten/-innen und deren Angehörige werden *„quasi nur noch aus den Augenwinkeln oder temporär gar nicht mehr wahrgenommen.“ (S.R.)*

Die Selbststeuerungs-, Entscheidungs- und Bestimmungsfähigkeit kann in Situationen mit sehr hohem Belastungsgeschehen verloren gehen.

> *So fühlt sich ein Arzt zunächst handlungsfähig, erlebt sich vor Ort aber gelähmt angesichts einer Karambolage zwischen mehreren Autos, aus denen schwerverletzte Menschen zu bergen sind:*
>
> *„Er hatte das Gefühl, weder denken noch reagieren zu können. Am Unfallort glaubte er, die Lage im Griff zu haben, doch binnen kürzester Zeit war er nicht mehr in der Lage, zu entscheiden, was getan werden muss. Wir konnten sehen, wie ihm alles entglitten ist.“ (H.S.)*
>
> *Da das Rettungsteam seit langer Zeit zusammenarbeitet, kann ein anderer Helfer vor Ort umgehend die Aufgabenkoordination übernehmen, die Erstversorgung wird adäquat durchgeführt.*

Idealerweise kann man eine solche Situation mit Gewinn – im Sinne eines berufsbezogenen Lernprozesses und einer emotionalen Entlastung – für alle Beteiligten analysieren. Problematisch wird es, wenn durch Kollegen/-innen bzw. Vorgesetzte daraus ein individuelles Versagen konstruiert wird, das beim Betroffenen Insuffizienzgefühle, Scham und Schamangst sowie Angst vor Diskreditierung hervorruft:

> *„Die Fehlerkultur ist zweifellos noch unbefriedigend. Es wird schnell fokussiert: ‚Du bist derjenige, der nicht funktioniert hat.‘ … Besonders schwierig ist, wenn du einen Fehler zweimal machst. Unter Umständen wirst du dann in eine Ecke gestellt, und es wird gesagt: ‚Du kannst das nicht.‘“ (H.S.)*

Dadurch wird eine Botschaft transportiert, die das Zeigen und das Reden über Emotionen eher als Schwäche darstellt, weniger als Reflexionsfähigkeit, sodass beim nächsten Einsatz nicht mit mehr innerer Sicherheit gehandelt werden kann.

Gerade Berufsanfänger/-innen orientieren sich oft an den Einschätzungen und Bewertungen der erfahrenen Kräfte. Einerseits erfahren sie dadurch narzisstische Gratifikation, andererseits wird gleichsam normativ bestimmt, was als Belastung gilt und was der Belobigung wert ist. Ein „Hero“ sein zu wollen, bringt gerade jüngere Mitarbeiter/-innen dazu, die eigene emotionale Belastungsgrenze zu überschätzen und aktionistisch zu handeln (Salomon 2003).

29.2.1 Traumatische Belastungen

Bei Einsätzen in Extremsituationen[30] sind die medizinischen Akteure/-innen bzw. das gesamte Team mit Leid, schwersten Verletzungen, Sterben und Tod konfrontiert; gegebenenfalls ist auch das eigene Leben oder das anderer Helfer und Helferinnen bedroht. Es ist dann möglich, dass neben akuten Belastungsreaktionen (ICD-10:

30 S. Salomon 2003, S. 246 (Fallbeispiel 5).

F43.0) posttraumatische Belastungsreaktionen (ICD-10: F43.1) auftreten. Letztere stellen einen Oberbegriff dar, unter dem sowohl primäre Traumafolgen (akute Traumareaktion, posttraumatische Belastungsreaktion, posttraumatische Spätreaktion) als auch sekundäre Traumafolgen (chronische posttraumatische Störungen bis hin zu einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extremtraumatisierung bzw. eine Posttraumatische Persönlichkeitsstörung) auftreten (Ermann 1999: 102–125). Nach Teegen (2003 zit. in Niehörster 2006) sind PTBS-Symptomatiken – auf der Grundlage eines Vergleichs von fünf Berufsgruppen – in besonderer Weise bei Intensivpflege und Rettungsdienst zu finden. Niehörster (2006) selbst gibt eine Prävalenz von PTBS-Symptomen bei 7% der Rettungsassistenten in Deutschland an.

Ein „psychisches Trauma stellt ... eine plötzliche Diskontinuität des körperlichen und psychischen Erlebens dar. Ein nicht erwartetes Eindringen äußerer Kräfte in die psychische Organisation. .... ein Zustand der Überwältigung des Ich durch innere und äußere Kräfte, die es hilflos machen hinsichtlich seiner unmittelbaren Anstrengungen zur Adaption“ (Wöller 2009: 11). In der Notfallmedizin dürfte überwiegend eine Gefährdung durch die sogenannten Typ-I-Traumen bestehen, d.h. durch eine unerwartete schockhafte Erfahrung. In dem Zusammenhang ist von besonderer Bedeutung, dass der Erhalt oder die Wiederherstellung von Selbstregulierungs-, Selbststeuerungs- und Selbstkontrollfähigkeit vorübergehend sein kann und erst Tage oder Wochen später die Folgen des Traumas offenbar werden können.

Charakteristisch kann auch eine subtraumatische chronische Überbelastung sein infolge belastender Konfrontationen, die jeweils zwar in unterschiedlichen Formen verarbeitet werden, aber letztlich durch ihre Permanenz und Sequenzialität schwächen und Symptomatiken hervorrufen können. Infolge dessen kann sich beispielsweise eine Suchtproblematik zeigen: *„Es sind schon einige mit Alkoholproblemen nach Hause gegangen, weil sie es nicht mehr in den Griff gekriegt haben.“* (H.S.)

Bei traumatischen Erfahrungen im engeren Sinn resultieren in unterschiedlicher Ausprägung, Häufigkeit und Dauer ein fehlendes Sicherheitsgefühl, Hilflosigkeit, affektive Überflutung, gegebenenfalls völlige Erschöpfung, Leereempfinden, Ängste, chronische Übererregung (hyperarousal) oder reduzierte Empfindungsfähigkeit bzw. Abstumpfung, chronische Selbstvorwürfe, Depressivität, somatoforme Beschwerden (vgl. Ermann 1999; Wöller 2009). Durch sogenannte Trigger kann das traumatische Geschehen oder Teile davon jederzeit erneut ausgelöst werden. Dann finden „Intrusionen“ bzw. „Flashbacks“ statt, welche die Betroffenen erneut mit dem erlebten traumatischen Geschehen affektiv überfluten. Das Trauma wird gleichsam erneut durchlaufen, und es kommt immer wieder zum Zusammenbruch der Ich-Regulation bzw. zu einer psychischen Dekompensation. Das Trauma bleibt ein „nicht assimilierbarer Fremdkörper“ (Wöller 2009: 14).

29.3 Umgang mit emotionalen Belastungen

In allen Arbeits- und Lebensbereichen gibt es eine Palette von individuellen Bewältigungsstrategien und -mustern. Die typischen unbewussten Abwehrmodi (z.B. Verleugnung, Isolierung vom Affekt, furor therapeuticus im Sinne von Balint), können einerseits eine psychische Überbelastung erträglich machen, andererseits das bewusste Bearbeiten einer affektiven Unlust- oder Überflutungsreaktion verhindern:

„Am Anfang meiner Tätigkeit im Rettungsdienst hatten wir diesen Fall von einem Plötzlichen Kindstod in einer Familie. Mir hatte man organisatorische und administrative Aufgaben zugeteilt. Die betroffene Mutter rief immer wieder: ‚Warum trifft es immer mich?' Da musste ich rausgehen und bekomme noch heute eine Gänsehaut. Ein Kollege von mir hat sich dann rührend, mit großer Empathie um die Mutter gekümmert. ... Da ist mir bewusst geworden, dass man bestimmte Aufgaben als Einsatzkraft gerne anderen überlässt und darauf verweist, dass es die machen sollen, die dafür ausgebildet sind. Aber in der Situation hat sich auch gezeigt, dass man immer ausloten muss, wer kann was gut leisten. Für mich ist das bis heute ein überzeugendes Modell ... Das funktioniert nicht immer, doch wenn es funktioniert, dann kann man auch gut aus der Situation rausgehen." (H.S.)

In dem o.a. Beispiel weicht ein Akteur in einer zutiefst existentiellen Situation, einer Konfrontation mit einer verzweifelten Mutter, aus, indem er sich innerlich distanziert und die Aufgabe, Kontakt aufzunehmen, delegiert. Jenseits einer solchen defizitorientierten Perspektive geschieht etwas Wichtiges: Der Kollege fungiert als Modell, das exemplarisch zeigt,

1. welche Bedeutung Empathie und Einfühlungsvermögen für die Betroffenen haben,
2. dass derlei belastende Situationen bewältigt werden können und
3. dass man aus einer hochdramatischen Lage sogar bereichert hervorgehen kann.

Abgesehen von Abwehrmechanismen kann man die eigentlichen Bewältigungsmechanismen in intrapsychische Verarbeitungsmodi, instrumentelle Aktivitäten und soziale Unterstützungssysteme kategorisieren. Eine adäquate Verarbeitung gelingt zumeist dann,

- wenn man das Leben als sinnhaft und verstehbar erlebt,
- eine Fähigkeit besteht, die eigenen Emotionen artikulieren zu können,
- eine hohe psychische Flexibilität vorhanden ist, sich auf neue Situationen einzustellen,
- Bereitschaft zu einer aktiven Auseinandersetzung besteht und
- ein sozial unterstützendes Umfeld (Familie, Freundeskreis, Kollegen und Kolleginnen) existiert.

Konkret wurden als hilfreich beschrieben:

Reflexionsvermögen und Bereitschaft zum lebenslangen (fachlichen) Lernen

„Auf sich selbst schauen und gucken, was kann ich und was kann ich nicht. ... Was setzt mich massiv unter Druck und was weniger. Wenn man stagniert und immer die Dinge abspult, die man vor Jahren gelernt hat, das ist eine fatale Sache. Wichtig ist, sich auf jede Situation neu einzulassen und das heißt auch: Wir haben mit Menschen zu tun und jeder Mensch ist anders." (K.H.)

Fachkompetenz und emotionale Kompetenz, die Sicherheit, Einfühlungsvermögen und Empathie ermöglichen

„Die Patienten (am Unfallort) sind ja ganz unterschiedlich: Die einen sind ganz ruhig, die anderen schreien, lassen sich nicht beruhigen. In jedem Fall begebe ich mich auf Augenhöhe mit ihnen, meist liegen sie ja irgendwo. Ich knie mich hin, sodass ich nicht von oben herab

spreche. Ich frage, was passiert ist und ob sie Schmerzen haben. Ich beruhige sie, überhaupt versuche ich, viel mit ihnen zu sprechen. Es gibt eine Aufgabenteilung, die Rettungsassistenten machen die Aufgaben rundum, sodass ich mich um die Patienten kümmern kann. Kontinuierlich erkläre ich, was wir jetzt machen. Die meisten bekommen nicht einmal die Hälfte mit, da sie so geschockt sind. Aber ich versuche mich immer in die Lage zu versetzen, wenn ich da liegen würde. Und für mich wäre wichtig, dass sich jemand um mich kümmert und mir erklärt, was aktuell gemacht wird. ... Wenn sie sich gar nicht durch Worte beruhigen lassen, dann muss man ihnen auch etwas spritzen, damit sie ein wenig „runterkommen". (K.H.)

Entlastung durch ein Primat des Handelns und limitierten Kontakt

„In der Akutsituation muss man handeln! ... Man hat nur wenig Zeit und gleichzeitig ist so viel in der Situation zu tun, dass man gar nicht an die eigenen Gefühle denkt. ... Ich nehme wenig mit nach Hause, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass man die Patienten nur kurze Zeit kennt und das familiäre Umfeld nicht kennt." (S.R.)

Kollegialer, vertrauensvoller Austausch, durch den auch eigene krisenhafte Befindlichkeiten bzw. Ängste reflektiert und gemildert werden

„Wichtig ist, dass man immer wieder mit den Kollegen über das Geschehen spricht, wie die Menschen am Unfallort versorgt wurden etc., und auch darüber, was womöglich nicht so gut war und beim nächsten Mal anders gemacht werden sollte. Im Freundeskreis und innerhalb der Familie erzähle ich nichts mehr über meine Arbeit, da sie das nicht verstehen können. Für Außenstehende klingt das alles hochdramatisch. Viele wollen auch gar nichts davon hören." (K.H.)

Unterstützende und wertschätzende Haltung seitens der Vorgesetzten sowie eine positive Fehlerkultur

„Wichtig ist, dass die Leitungen gegebenenfalls rasch eingreifen und es schaffen, dass man sich nicht gegenseitig Vorwürfe macht. Wir haben u.a. eine sehr engagierte Pflegedienstleitung, die sogar nachts kommt und versucht, personelle Unterstützung, etwa studentische Aushilfskräfte, zu bekommen. Überhaupt ist wichtig, dass ein Klima der Wertschätzung herrscht. Obwohl einen der Arbeitsaufwand aggressiv werden lässt und Gefühle von Überforderung einsetzen, darf dies nicht auf den Einzelnen projiziert werden. Stattdessen müssen die Strukturen als Ursache im Blick bleiben." (S.R.)

„Die täglichen Frühbesprechungen sind echt gut. Es wird nie gesagt: ‚Gott, wie konntest Du denn?' Unser Oberarzt sagt häufig: ‚Du warst vor Ort, du hast viel Berufserfahrung, du wirst das richtig entschieden haben!' Das finde ich sehr gut! Es nimmt einem auch die Angst vor Fehlentscheidungen. Es gibt einem Sicherheit, dass man da nicht fertig gemacht wird. Man lernt nachzudenken und gut zu argumentieren, warum man dies oder das so gemacht hat und als richtig erachtet hat." (K.H.)

Seelsorgerische und psychologische Unterstützung

„Wenn du Hilflosigkeit bei dir selber oder bei den Kollegen erlebst und dann kommt einer von der Notfallseelsorge, also jemand, der nachfragt und sich kümmert, dann ist das sehr entlastend" (H.S.)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

„Bei uns ist die Zusammenarbeit von ärztlichem und pflegendem Personal gut – und tut auch gut! Alle wissen, dass wir zusammenarbeiten müssen. Jeder weiß, wenn wir gegeneinander arbeiten, können wir einpacken. Jeder weiß, dass man den anderen braucht!“ (S.R.)

Freizeit zur Wahrung einer psychosozialen Balance

„Der Freizeitausgleich ist sehr wichtig! Manchmal mache ich zu Hause sogar das Telefon aus, sodass ich wirklich ‚runter komme'. Ich habe bewusst auch meine Arbeitszeit reduziert, damit ich ausreichend Privatleben habe und Regenerationsphasen.“ (S.R.)

29.4 Weitere Überlegungen und Folgerungen

In den letzten Jahren wird aus einer eher anthropologischen Perspektive das der Notfallmedizin zugrundeliegende Menschenbild thematisiert (Salomon 2003). Unter anderem wird geschlussfolgert, dass alle im Rettungsdienst Tätigen, mit Subjekten zu tun haben, auch wenn sie diese phasenweise – im Dienste der Lebensrettung – gleichsam objekthaft behandeln müssen. Wenn man einige der o.a. Zitate unter diesem Aspekt liest, wird eine entsprechende Grundhaltung der Akteure/-innen sichtbar: Sie bemühen sich bei der Ausübung ihrer beruflichen Rolle, auf ein Subjekt einzugehen, ihr Handeln kontinuierlich zu überprüfen und ihr Erleben im Diskurs zu reflektieren, um die existentielle Not und das Leiden der schwer verunfallten oder erkrankten Menschen auszuhalten und nicht durch unbewusste Abwehrprozesse[31] die eigenen Ängste zu bändigen. Eine Umgestaltung des eigenen Rollenverständnisses hat auch Implikationen für die Helfer/-innen selbst. Salomon hat darauf hingewiesen, dass die psychische Betreuung für Helfer und Helferinnen „einen immer höheren Stellenwert gewinnt, nachdem zugelassen wird, dass auch stark anmutende Helfer Menschen sind, die Belastungsgrenzen haben und Hilfe brauchen.“ (Salomon 2003: 245)

Ein weiterer Aspekt ist von besonderer Bedeutung: In existentiellen Bedrohungen, die in der Konfrontation mit Leiden, schwersten körperlichen Verletzungen, Schmerzen, Sterben und Tod eines anderen Menschen, resultieren können, besteht die Gefahr, dass eine bis dahin ausreichende Sinnordnung defizitär wird und der eigene Lebenssinn in eine – nicht selten latent bleibende – existentielle Krise gerät. Erst wenn Sterben und Tod als unabänderliches Wesensmerkmal des Lebens immer wieder sinnhaft legitimiert werden können, ist es auch möglich, die Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns wieder herzustellen (Berger 1973).

In der Aus- und Weiterbildung ist die Vermittlung eines solchen Rollenverständnisses, das Erlernen einer fallbezogenen Diskurs- und Fehlerkultur, die Förderung von Teamfähigkeit sowie die Fähigkeit sich mit den eigenen Affekten bewusst auseinandersetzen zu können, um so die Verstehensgrenzen besser ausloten zu können, bedeutsam (Bein u. Graf 2012). Wichtig ist zudem das Erlernen einer hohen Ambigui-

31 Sind die Ziele ausschließlich auf „Lebensrettung“ und „Krankheitsbekämpfung“ ausgerichtet, kann es angesichts des Sterbens, das gleichsam als Niederlage empfunden wird, zu Gefühlen von drohendem Misserfolg, Hilflosigkeit und Ohnmacht kommen, die durch hektische Aktivität kompensiert werden.

tätstoleranz. Gerade in der Notfallmedizin, die von Entscheidungszwängen und Prioritätensetzung geprägt ist, gibt es unauflösbare Entscheidungskonflikte. In einer drängenden Situation müssen schnell Entscheidungen gefällt werden – die oft nicht widerspruchsfrei sind.

Literatur

Bein T, Graf BM (2012) Ethische Fallbesprechung in der Intensivmedizin. Der Anaesthesist 1: 6–13

Berger PL (1973) Zur Dialektik von Religion und Gesellschaft. Elemente einer soziologischen Theorie. Fischer, Frankfurt am Main

Ermann M (1999) Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. 3. Ausfl. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln

Meyer W, Balck F (2002) Notärzte im Umgang mit psychisch belastenden Einsatzstrategien. Bewältigungsstrategien und notärztliche Persönlichkeiten. Notfall & Rettungsmedizin 2: 89–95

Niehörster G (2006) Auswirkungen von psychischen Belastungen auf die Gesundheit von Rettungsdienstmitarbeitern. http://www2.medizin.uni-greifswald.de/intensiv/fileadmin/user_upload/lehre/qsb_notfallmedizin/vorlesungen_qsb3/Vortrag_VL_Notfallmedizin.pdf (Zugriff am 12.06.2015)

Salomon F (2003) Das Menschenbild als Hintergrund notfallmedizinischer Entscheidungen. Notfall & Rettungsmedizin 6: 242–246

Wallner J (2009) Organisation medizinischer Entscheidung am Lebensende. Intensivmedizin 47: 49–54

Wöller W (2009) Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Schattauer, Stuttgart, 1. unveränd. Nachdruck



Dr. disc. pol. Karl-Heinz Henze

Wissenschaftlicher Angestellter im Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Georg-August-Universität Göttingen sowie Psychotherapeut in eigener Praxis; Forschungsschwerpunkte: Psychosoziale Thematiken in den Feldern „Chronische Krankheit" sowie „Sterben und Tod"; gemeinsame Entscheidungsfindung (Bilanzierungsdialog).



Prof. Dr. Gudrun Piechotta-Henze

Krankenschwester, Soziologin (M.A.), Professorin für Pflegewissenschaft an der Alice Salomon Hochschule Berlin in den Studiengängen „Gesundheits- und Pflegemanagement" (B.Sc.) & „Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen" (M.Sc.); Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz, Beratung im Gesundheitsbereich, Emotionen in der Pflege, kultursensible Pflege, Menschenrechte und Menschenwürde, historische Pflegeforschung.

30 Ethische Herausforderungen realer Fälle

Fred Salomon

Es gibt unterschiedliche Motive, über ethisch begründetes Handeln nachzudenken. Zum einen kann aus einer philosophischen oder religiösen Weltanschauung mit einem bewusst vertretenen Wertekanon die Überlegung erwachsen, welche Konsequenzen die als richtig erachteten Prinzipien für eine konkrete Situation und die darin möglichen Entscheidungsoptionen haben. Diesem deduktiven Weg, bei dem aus anerkannten moralischen Prinzipien konkrete Handlungen abgeleitet werden, steht in der Alltagspraxis der Medizin der häufiger vorkommende induktive Weg gegenüber. Eine konkrete Situation weckt Fragen nach Begründungen für Entscheidungen, nach größeren Zusammenhängen und übergeordneten Regeln oder Werten. Gerade die naturwissenschaftlich und körperfunktionsorientierte Notfallmedizin, in der rasch pragmatische, oft checklistengestützte Entscheidungen getroffen werden, weckt Fragen nach dem Sinn und der Bewertung des Tuns.

Der seit Mitte des 19. Jahrhunderts zu verzeichnende Zuwachs an Wissen und Fähigkeiten in der Medizin verlangt, über die Anwendung oder den Verzicht auf deren Einsatz zu entscheiden. Wir geraten als Menschen in Situationen, auf deren Zustandekommen wir keinen oder nur begrenzten Einfluss haben. In diesen Situationen müssen wir uns im Rahmen unserer Möglichkeiten verhalten. Existenzphilosophisch betrachtet ist unser Sein ein „Sein in Situationen" (Jaspers 1932). Das gilt auch für die Notfallmedizin. Selbst wenn ich mir das Berufsfeld ausgesucht habe und mich damit solchen Situationen bewusst zuwende, habe ich auf das Entstehen der konkreten Situation keinen Einfluss.

Sobald uns die Möglichkeit zum Eingreifen gegeben ist – sei es zu reanimieren, Medikamente zu geben oder einen Verletzten rasch zu transportieren –, bin ich unaus-

weichlich gezwungen, zu entscheiden, ob ich es tue oder welche der Alternativen ich wähle. Auch Abwarten („Ich muss erst noch fragen, nachdenken usw.“) ist die Entscheidung, in diesem Moment nicht einzugreifen. Allen in der Notfallmedizin Tätigen ist bewusst, dass es nur Augenblicke später für eine wirksame Hilfe bereits zu spät sein kann. In der Konfrontation mit einer Notfallsituation maße ich mir also keine Entscheidung an, sondern bin existenziell zu ihr gezwungen. In Weiterführung des existenzphilosophischen Ansatzes sind wir in unserer Grundbefindlichkeit Menschen in der Entscheidung!

- **Entscheiden können heißt entscheiden müssen!**
- **Entschieden haben heißt verantworten müssen!**
- **Verantworten müssen erfordert begründen können!**

Die beeindruckenden Fähigkeiten, Krankheiten behandeln und Lebensbedrohungen abwenden zu können, verlangen ein ethisches Gerüst, um sie verantwortlich anzuwenden, wenn man den freien Willen des Menschen nicht völlig negiert. Die Entscheidungen sind nicht immer leicht zu treffen. Alle verfügbaren Alternativen können problematisch sein. Nicht selten gleicht die Situation dem Dilemma in der antiken Tragödie: Wie man sich auch entscheidet, physische und psychische Verletzungen, Belastung, Trauer oder Schuld sind nicht vermeidbar. Daher ist mit der getroffenen Entscheidung ein Fall oft nicht beendet. Nacharbeit, Überdenken der Entscheidungen und Bewusstmachen der eigenen Emotionen und Maßstäbe sind wichtig, um sich das Abgelaufene klar zu machen und für vergleichbare Situationen vorbereitet zu sein.

Ethische Fallbesprechungen können dabei Hilfe bieten. Fallbesprechungen im Sinne einer Ethikberatung (Salomon 2015) sind für die akute Notfallmedizin aus Zeitgründen nahezu ausgeschlossen. Sie können in der Notfallmedizin jedoch zur Aufarbeitung erlebter Situationen sowie zur Schulung dienen (AG Pflege und Ethik 2005). Zehn reale, anonymisierte Fallbeispiele einer umfangreichen Sammlung aus mehreren Jahrzehnten ärztlicher und notärztlicher Berufspraxis sollen ethische Fragen in unterschiedlich komplexen Situationen verdeutlichen und damit zur Diskussion anregen.

Ethische Probleme sind in der Regel mit einer Fülle anderer Dimensionen verflochten, sodass es nötig ist, die verschiedenen Probleme zu differenzieren. Nur so ist es möglich, die Konflikte zwischen den Beteiligten mit den spezifischen Methoden zu bearbeiten (s. Abb. 17).

Die folgenden Fallbeispiele werden entsprechend dieser Dimensionen aufgeschlüsselt, um die ethischen Fragen herauszufinden. Fragen zu den ethischen Konflikten sollen zum Diskurs anregen, Hinweise auf Ausführungen in den theoretischen Beiträgen des Buches können dabei klären helfen. Didaktische und methodische Empfehlungen geben Tipps, wo und wie die Beispiele zur Schulung genutzt werden können. Die Fragen, Hinweise und Tipps sind Anregungen ohne Anspruch, vollständig zu sein.

Die Autorinnen und Autoren wurden gebeten, ihre Ausführungen in den Theoriebeiträgen durch praxisnahe Fallbeispiele zu veranschaulichen. Diese Beispiele sind in einer Tabelle im Anschluss an die zehn ausführlichen Fälle aufgelistet. So soll erleichtert werden, auch diese Beispiele zu nutzen.

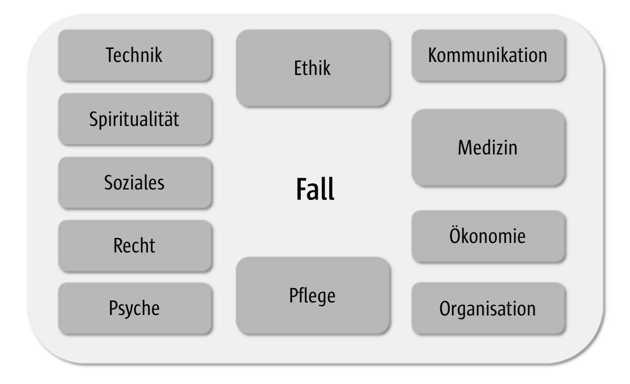


Abb. 17 Die Problemdifferenzierung (alphabetisch geordnet) in einem Fall hilft bei der Analyse der miteinander verflochtenen Dimensionen und ermöglicht es, die jeweiligen Probleme mit den für sie angezeigten Methoden zu bearbeiten.

Alle Fallbeispiele dieses Buches sollen zum Gespräch anregen und einen möglichst herrschaftsfreien Diskurs (Habermas 1983; Kessler 2003) aller Beteiligten fördern. Kommunikation ist zur Klärung ethischer Fragen in der notfallmedizinischen Praxis unverzichtbar. Sie hat damit selbst eine ethische Dimension.

Literatur

Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik" in der Akademie für Ethik in der Medizin (Hrsg.) (2005) „Für alle Fälle ..." Arbeiten mit Fallgeschichten in der Pflegeethik. Brigitte Kunz Verlag, Hannover

Habermas J (1983) Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Suhrkamp, Frankfurt/Main

Jaspers K (1932) Philosophie. Springer, Berlin

Kessler H (2003) Die philosophische Diskursethik und das Ulmer Modell der Ethikseminare. Ethik Med 15: 258–267

Salomon F (2015) Einrichtung einer Ethikberatung. Med Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 110: 204–209



Prof. Dr. med. Fred Salomon

Studium der Evangelischen Theologie und Medizin. Habilitation für „Ethik in der Medizin" an der Universität Gießen. Von 1990 bis 2013 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin am Klinikum Lippe-Lemgo. Lehre in „Ethik in der Medizin" an der Universität Gießen. Ethikberater, Koordinator für Ethikberatung und Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen (AEM). Vorstandsmitglied der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Mitglied der AEM-Arbeitsgruppen „Pflege und Ethik" und „Ethikberatung im Gesundheitswesen". Mitglied der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Publikationen zu ethischen Fragen von Intensiv-, Notfall- und Palliativmedizin, Organtransplantation, Menschenbild in der Medizin, Wahrheit am Krankenbett, Grenzfragen zwischen Theologie und Medizin, Ethikberatung und Vermittlung von Ethik.

Fall 1: Frau Eigen

Fallskizze

Frau Eigen, 74 Jahre alt, wohnt allein in einem Bungalow. Es gibt im Ort keine Angehörigen. Es ist Anfang Dezember. Nachbarn fällt auf, dass die Zeitungen von zwei Tagen noch vor der Tür liegen. Als auf Klingeln nicht geöffnet wird, gehen sie ums Haus und sehen durch die Gardine des Wohnzimmers den laufenden Fernseher und die Frau im Sessel sitzend. Da sie auch jetzt nicht reagiert, alarmieren die Nachbarn den Rettungsdienst. Die Leitstelle schickt Feuerwehr und Notarztteam zum Einsatzort, die beide nahezu gleichzeitig eintreffen.

Als die Feuerwehr die Tür öffnet, dringt Fäulnisgeruch aus dem Haus. Aus Nase und Mund der sehr adipösen Frau war bräunliches Sekret gelaufen, das zum Teil schon angetrocknet ist. Die Haut ist livide, ödematös und zeigt an verschiedenen Stellen blasige Ablösungen. Neben ihr steht eine halb gefüllte Tasse mit kaltem Tee. Der Notarzt stellt die Todesursache als ungeklärt fest und benachrichtigt die Polizei. Er füllt nach Untersuchung der Leiche den Leichenschauschein aus, in dem er „Todesursache ungeklärt" einträgt. Den übergibt er der Polizei, die ihn zunächst bewegen will, bei der alten Frau doch eine natürliche Todesursache zu dokumentieren. Der Notarzt bleibt bei seiner Beurteilung und verlässt mit seinem Team den Einsatzort. Dabei vergisst er, seine Durchschrift des Leichenschauscheins „für Unterzeichner" mitzunehmen.

Tags darauf ruft er beim Standesamt an, um von dort seine Durchschrift zugeschickt zu bekommen. Man teilt ihm mit, dass von ihm kein Leichenschauschein für die Verstorbene vorliege, sondern ein Leichenschauschein eines niedergelassenen Arztes. Darin sei „Herz-Kreislauf-Versagen" als Todesursache eingetragen und „natürlicher Tod" angekreuzt.

Problemdifferenzierung

ethisch:	Schaden für weitere Fälle vermeiden, Vertrauen in ärztliche Sorgfalt; Vertrauen in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen; Verantwortung der Nachbarn
kommunikativ:	Klärung von Meinungsunterschieden zwischen Notarzt und Polizei, Information der Polizei an den Hausarzt
organisatorisch:	Regelung der Leichenschau im Rettungsdienst, Rückkoppelung mit Hausarzt bei Unklarheiten
psychologisch:	Bestreben der Polizei, den Aufwand bei „Todesursache ungeklärt" zu vermeiden; Wut des Notarztes über Nichtbeachtung seiner Sorgfalt
juristisch:	Leichenschau, Todesursachenklärung, Dokumentation, Ausschluss eventueller Fremdschuld

Ethische Fragen und Problemfelder

- Welche ethischen Werte begründen die Haltung des Notarztes, die Polizei einzuschalten und die Todesursache staatsanwaltschaftlich klären zu lassen?
- Wie muss oder kann der Notarzt auf den Wunsch der Polizei reagieren, eine natürliche Todesursache zu dokumentieren?

- Wie ist ethisch und juristisch zu bewerten, dass die Polizei einen weiteren Arzt hinzugezogen hat, der eine „natürliche" Todesursache dokumentiert?
- Wie hätte der Hausarzt reagieren müssen, wenn er vom Leichenschauschein des Notarztes gewusst hätte?
- Wie sollte der Notarzt auf die Auskunft des Standesamtes reagieren?

Hilfen für Antworten im Theorieteil

zur Leichenschau: Nüßen
zur Kooperation im Team: Harding, Jaster, Krieter, Marung

Didaktische Hinweise für den Einsatz als Lernbeispiel

- Schulungsbeispiel für berufsgruppenübergreifende Fortbildungen bei Rettungsdiensten, Polizei, Staatsanwaltschaft und niedergelassenen Ärzten
- Erörterung von Zuständigkeiten bei der Todesfeststellung und den Modalitäten einer Leichenschau
- Erarbeiten möglicher Probleme durch Festlegung als „ungeklärte Todesursache" einerseits und der Probleme leichtfertiger Feststellung eines „natürlichen Todes"
- Schulung zur Klärung von Konflikten zwischen Beteiligten

Fall 2: Kind Ali

Fallskizze

Samstag früh um 05:30 Uhr wird das Notarztteam zu Ali, einem 3-jährigen, schwer behinderten Kind, gerufen, weil das Atemüberwachungsgerät die schlafenden Eltern wegen eines Atemstillstands alarmiert hat. Die Eltern sind mit dem potenziell lebensbedrohlichen Krankheitsbild ihres Sohnes gut vertraut, versuchen Ali erfolglos zum Atmen zu bringen und rufen den Rettungsdienst. Die Leitstelle alarmiert das Notarztteam und leitet die Mutter per Telefon zu Reanimationsmaßnahmen an. Das Rettungsteam übernimmt um 05:47 Uhr die Reanimation. Außer der Mutter sind noch der Vater, ein 6-jähriger Bruder, der den Atemstillstand mitbekommen hat, sowie eine Tante des Patienten, die im selben Haus wohnt, anwesend. Tante und Bruder ziehen sich in die Wohnung der Tante zurück. Vater und Mutter assistieren dem Rettungsteam bei der Reanimation des Kindes.

Angesichts der am Telefon erkennbaren Situation hat die Leitstelle parallel zum Notarzt den Notfallseelsorger alarmiert, der um 06:30 Uhr eintrifft. Um 06.35 Uhr erklärt der Notarzt die Reanimation für aussichtslos, während der Monitor eine EKG-Nulllinie zeigt. Das Rettungsteam beendet seine Aktivitäten. Der Vater macht dennoch weiter und wird dabei vom Notarzt angeleitet. Schließlich stellt auch der Vater seine Aktivitäten um 06.40 Uhr ein.

Als der evangelische Notfallseelsorger bemerkt, dass die Familie muslimischen Glaubens ist, bittet er die Leitstelle, einen muslimischen Kollegen zu schicken. Der kann aber frühestens in einer Stunde am Einsatzort sein.

Kurz nach Ende der Reanimation treffen ein mit der Familie befreundetes türkisches Ehepaar sowie vier Vertreter der türkischen Gemeinde ein, die von den Eltern benachrichtigt worden sind. Das befreundete Ehepaar kümmert sich um die Eltern, die Gemeindevertreter um die weitere Versorgung des gestorbenen Kindes. Es herrscht eine große Ruhe. Der Vater dankt als erstes seiner Frau für alles, was sie in den letzten drei Jahren für Ali getan hat, und danach dem Rettungsteam für die Bemühungen, das Leben des Sohnes zu erhalten. Er tröstet sich und alle mit den Worten: „Vielleicht wollte Ali nicht mehr, er wollte nur noch schlafen."

Um 07:10 Uhr beendet der Notarzt die Leichenschau und füllt die Papiere aus. Danach verlässt das Rettungsteam die Wohnung. Unmittelbar nach Ende der Leichenschau beginnen die männlichen Gemeindevertreter mit dem Vater rituelle Handlungen, waschen Ali, hüllen ihn in eine Decke und tragen ihn in sein Bett im Kinderzimmer.

Tante und Bruder kommen in die Wohnung zurück. Die Mutter entsorgt die letzte Windel und holt Reste von Sondennahrung aus dem Kühlschrank. Danach bedankt sie sich beim Notfallseelsorger, der in der gesamten Zeit ruhig dabei war und vereinzelte kurze Gespräche mit verschiedenen Beteiligten geführt hat. Sie entlässt ihn mit den Worten, dass ihre Familie genügend Unterstützung durch die Freunde und die Gemeinde habe.

Problemdifferenzierung

ethisch: Achtung der Eltern durch Einbeziehen in Reanimation; Akzeptanz, dass der Vater noch weiter reanimieren will; Akzeptanz von Lebensgrenzen

kommunikativ:	nonverbale Anwesenheit in kritischen Situationen
medizinisch:	Therapieversuch; Therapieabbruch; Entscheidung für Beendigung der Reanimation
organisatorisch:	Algorithmen an der Leitstelle für Reanimationshilfe per Telefon, Alarmierung von Notarzt, Alarmierung von Notfallseelsorge; Organisation in der türkischen Gemeinde für Beistand in Notsituationen
psychosozial:	Umgang mit älterem Bruder; Beistand durch Tante, Notfallseelsorge, Nachbarn, Gemeinde; Gefühl des Notfallseelsorgers angesichts der unterschiedlichen Religionszugehörigkeiten
spirituell:	religiöse Bindung der Familie; Trost des Vaters über den „Schlaf" des Sohnes; Todesriten
technisch:	Atemüberwachungsmonitor als Schutz vor Komplikationen; EKG-Gerät als Hilfsmittel zur Todesfeststellung

Ethische Fragen und Problemfelder

- Wie ist ethisch und psychisch zu beurteilen, dass die Eltern vom Rettungsteam in die Reanimation ihres Kindes einbezogen werden?
- Wie ist zu beurteilen, dass der Notarzt den Vater bei seinen Reanimationsbemühungen weiter anleitet, obwohl er selbst mit seinem Team die Reanimation bereits als erfolglos beendet hat?
- Wie ist mit der Tante und Alis Bruder umzugehen?
- Wie soll sich der evangelische Notfallseelsorger in der muslimischen Familie verhalten?
- Welche Rolle haben die befreundete Familie und die Vertreter der türkischen Gemeinde für die Familie und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Notfallteam und Notfallseelsorger?
- Gibt es Argumente dafür, die Polizei einzuschalten, z.B. wegen ungeklärter Todesursache?

Hilfen für Antworten im Theorieteil

zur Reanimation:	Boesing
zum Umgang mit Angehörigen:	Boesing, Henze, Lasogga, May, Pompe, Schmidt
zur Notfallseelsorge:	Bering, Lammer, Pompe
zur Spiritualität:	Boesing, Lammer, Pompe, Schmidt
zur Todesursachenklärung:	Nüßen
zu Emotionen:	Henze

Didaktische Hinweise für Einsatz als Lernbeispiel

- Geeignet, um Mitarbeitende des Rettungsdienstes und Medizinstudierende zu spirituell-religiösen Aspekten eines Notfalls sowie zur Rolle von Angehörigen bei Reanimationen zu schulen
- Schulung von Mitgliedern einer Notfallseelsorge über die unterschiedlichen Riten verschiedener Religionen oder Konfessionen

Fall 3: Herr Holsten

Fallskizze

Herr Holsten, 55 Jahre alt, hat seit knapp zwei Jahren ein Bronchialcarcinom, das nach verschiedenen Therapieansätzen jetzt auch in den Ösophagus eingewachsen ist. Herr Holsten ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder, die mit ihren eigenen Familien in nächster Nachbarschaft wohnen. Nach dem letzten Krankenhausaufenthalt hat man sich einvernehmlich mit Herrn Holsten, seiner Ehefrau und dem Hausarzt auf eine palliative Therapie verständigt. Es gibt weder eine Patientenverfügung noch eine Vorsorgevollmacht. Herr Holsten ist sich sicher, mit Familie, Hausarzt und Klinik alles besprochen und vereinbart zu haben, und wollte das nicht auch noch schriftlich festlegen. Der Hausarzt kümmert sich um die symptomlindernde Therapie. Ehefrau, Kinder und Schwiegerkinder teilen sich die pflegerischen Aufgaben. Herr Holsten kann mit Hilfe zur Toilette und sitzend auch geduscht werden. Wegen seiner Schwäche liegt er aber die meiste Zeit im Bett oder in einem Liegesessel im Wohnbereich, wo er mit der Familie fernsieht. Er isst nur wenig, trinkt aber ausreichend.

Gegen 22 Uhr bekommt Herr Holsten während des Fernsehens in Anwesenheit seiner Frau und einer Tochter einen Hustenanfall und heftige Atemnot. Die Tochter ruft den Hausarzt an, wird aber über Anrufbeantworter an eine Notrufnummer verwiesen. Über die private Rufnummer, die der Hausarzt der Familie zur Verfügung gestellt hat, ist er auch nicht zu erreichen. Während die Atemnot zunimmt, Herr Holsten heftige Angstsymptome zeigt und schließlich sein Bewusstsein verliert, ruft die Tochter die 112 an.

Das Notarztteam trifft innerhalb weniger Minuten ein und bereitet sofort eine Intubation vor. Auf Hinweis von Ehefrau und Tochter, dass hier keine Versuche zur Lebenserhaltung gemacht werden sollen, reagiert der junge Notarzt mit der Aussage: „Wenn nichts gemacht werden soll, hätten Sie mich nicht rufen dürfen. Ich habe jetzt keine Zeit für Diskussionen. Wir machen, was nötig ist und bringen Ihren Mann in die Klinik." Er intubiert Herrn Holsten und bringt ihn beatmet in die Klinik, in der er zuvor mehrfach wegen seines Carcinoms stationär war.

Auf der Intensivstation, wo Herr Holsten bekannt ist, wird das palliative Therapieziel umgesetzt, nachdem Ehefrau und Kinder gegen Mitternacht eingetroffen sind. Die Beatmung wird beendet. Herr Holsten stirbt analgosediert im Beisein seiner Angehörigen.

Problemdifferenzierung

ethisch:	Autonomie des Kranken; Fürsorge; Therapiezieländerung; Vertrauen von Angehörigen in ärztliche Absprachen; Vertrauen eines Arztes in Angehörigenaussagen
kommunikativ:	Absprachen über mögliche Komplikationen bei palliativem Therapieziel; Kommunikation und Sammeln von Informationen unter Zeitdruck im Rettungsdienst
medizinisch:	Symptomlinderung bei palliativem Therapieziel; Therapiekonzept für Krisen in einer palliativen Therapie

organisatorisch:	Algorithmen für erwartbare Notfallsituationen festlegen; Therapiebeschlüsse für Dritte nachvollziehbar dokumentieren
ökonomisch:	Kosten für eine nicht gewollte und nicht indizierte Therapie
psychosozial:	Belastung pflegender Angehöriger; Überforderung durch belastende Symptome einer schweren Erkrankung; Konfrontation der Familie mit bevorstehendem Tod
juristisch:	Sterben zulassen durch Therapieverzicht

Ethische Fragen und Problemfelder

- Durch welche Maßnahmen im Vorfeld hätte die invasive Therapie in der Notfallsituation vermieden werden können?
- Ist der Notarzt verpflichtet oder berechtigt, angesichts des Notrufs und der bei Eintreffen erkennbaren Symptome Dyspnoe und Bewusstlosigkeit zu intubieren, zu beatmen und den Patienten in die Klinik zu bringen?
- In welcher psychischen, ethischen und rechtlichen Konfliktsituation befindet sich der Notarzt?
- In welcher psychischen und ethischen Konfliktsituation befinden sich die Angehörigen?

Hilfen für Antworten im Theorieteil

zur Palliativmedizin:	Luiz, Wiese
zum Patientenwillen:	Luiz, in der Schmitten, Maio, Trzeczak
zum Umgang mit Angehörigen:	Pompe, Salomon
zu Emotionen:	Henze, May
zum Handlungszwang:	Brosey, Harding, Krieter, Marung, Padberg
zur Ökonomie:	Marckmann

Didaktische Hinweise für den Einsatz als Lernbeispiel

Geeignet für Schulung von

- Rettungsdienstpersonal aller Berufsgruppen
- Palliativ- und Intensivstationsteams
- Medizinstudierenden

über

- Handlungsautomatismen
- die Notwendigkeit einer klaren Dokumentation von vereinbarten Therapiezielen
- die Beurteilung von Notsituationen durch betroffene Angehörige
- palliative Aspekte im Rettungsdienst

Fall 4: Herr Palinko

Fallskizze

Herr Palinko, 47 Jahre alt, lebt allein in einem alten Gartenhaus. Er ist sehr verwahrlost. Die einzige Bezugsperson ist sein 32-jähriger Neffe, der ihn regelmäßig besucht, ihm Lebensmittel besorgt und sich ein wenig um Ordnung kümmert. Der Neffe findet ihn um 11:00 Uhr nicht ansprechbar, aber ruhig atmend auf dem Boden seiner Wohnung liegend. Er versucht, ihn wiederholt auf die Couch zu setzen. Doch rutscht Herr Palinko immer wieder herunter.

Der Neffe ruft die Hausärztin, die rund 20 Minuten später eintrifft. Es stehen und liegen zwar viele, zum Teil leere Flaschen mit Alkoholika in der Wohnung herum, doch Herr Palinko riecht nicht auffällig nach Alkohol. Während die Hausärztin ihn untersucht, klart er auf und wird renitent. Sie ruft das Ordnungsamt an, von dem ein Vertreter kommt. Da die Voraussetzungen für eine Zwangseinweisung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) nicht gegeben sind, rät die Ärztin Herrn Palinko dringend, sich ins Krankenhaus zu begeben. Herr Palinko wird gegen die Ärztin und den Vertreter des Ordnungsamtes ausfallend, während der Neffe die Empfehlung für den Krankenhausaufenthalt unterstützt. Die Ärztin bestellt über die Leitstelle den Krankentransport, stellt eine Einweisung aus und verlässt zusammen mit dem Vertreter des Ordnungsamtes das Haus.

Als der Rettungsdienst ihn abholen will, weigert sich Herr Palinko und wird aggressiv. Auch dem Drängen seines Neffen begegnet er ablehnend: „Du hast mir gar nichts zu sagen!“ Der Rettungsassistent ruft die Hausärztin an und bittet sie, nochmals zu kommen. Die lehnt ab, er solle den Notarzt rufen. Als der Notarzt um 14:00 Uhr eintrifft, lehnt Herr Palinko weiter ab, mit in die Klinik zu kommen. Er will sich einen Kaffee kochen und füllt dabei Tabak in den Filter der Kaffeemaschine. Das Rettungsteam hindert ihn daran, sich daraus ein Getränk aufzubrühen. Es liegen mehrere benutzte Filtertüten mit angetrocknetem Kaffee herum. In einem noch feuchten Filter findet sich auch Tabak, mit dem offenbar vor kurzer Zeit ein Getränk bereitet worden war.

Inzwischen ist ein Freund aus dem Nachbargarten eingetroffen. Der Notarzt weist auf eine mögliche Nikotinintoxikation hin und drängt auf die Mitfahrt in die Klinik. Herr Palinko lehnt vehement ab. Eine kurze Exploration ergibt, dass Herr Palinko zu Person, Zeit, Ort und Versicherungsstatus informiert ist. Nach Aufklärung über mögliche Risiken, die er schimpfend über sich ergehen lässt, unterschreibt er eine Erklärung, dass er gegen dringenden ärztlichen Rat die Mitfahrt verweigert: „Haut endlich ab!“ Freund und Neffe wollen bei ihm bleiben. Der Notarzt informiert die Hausärztin und beendet den Einsatz.

Problemdifferenzierung

ethisch:	Konflikt Autonomie – Fürsorge in der akuten Situation und auch in der Dauersituation der Verwahrlosung; Autonomie angesichts Orientierungsstörungen; Vermeiden von Schaden durch Einschalten von Ordnungsbehörden

kommunikativ:	Interaktion bei Aggressivität; Aufklärung über Risiken bei Verdacht auf Intoxikation; Kommunikation mit Neffen und Freund
medizinisch:	Klärung einer unklaren Bewusstlosigkeit; Risiko bei Verdachtsdiagnose Nikotinintoxikation; Beurteilung von Entscheidungsfähigkeit
psychologisch:	Umgang mit aggressiven, ausfallenden Patienten
juristisch:	Kriterien einer Zwangseinweisung; Behandlungspflicht und -ablehnung; Aufgaben von Ordnungsbehörden; Ablehnung einer medizinisch indizierten Maßnahme; Verantwortlichkeit von Notarzt und Hausärztin bei Weigerung durch den Patienten
sozial:	Verwahrlosung; Funktion von Bezugspersonen in sozial und gesundheitlich kritischen Situationen

Ethische Fragen und Problemfelder

- Welche Maßnahmen darf oder muss die Hausärztin ergreifen, um angesichts der offensichtlichen unklaren Bewusstlosigkeit weiteren Schaden für den Patienten zu vermeiden?
- Hätte die Hausärztin beim Patienten bleiben müssen, bis der Rettungsdienst eintrifft?
- Wie ist die Weigerung der Ärztin zu beurteilen, nicht erneut zum Patienten zu kommen, als der Rettungsdienst sie anruft, und stattdessen auf den Notarzt zu verweisen?
- Wie kann der Konflikt zwischen Beachtung der Autonomie und verantwortlicher Fürsorge angesichts der Orientierungsstörung und einer wahrscheinlichen Gefährdung durch die Verwechslung von Kaffee und Tabak gelöst werden?
- Wie ist die Entscheidung des Notarztes zu beurteilen, den Patienten nach Aufklärung und Unterschrift mit den beiden Begleitpersonen in seinem Gartenhaus zu lassen? Was sollte an Verhaltenshinweisen gegeben und eventuell schriftlich fixiert werden?

Hilfen für Antworten im Theorieteil

zur Einwilligungsfähigkeit:	Brosey
zum Patientenwillen:	in der Schmitten, Maio, Krieter, Trzeczak
zur Verantwortung:	Hoffmann, Maio, Padberg, Trzeczak
zu Emotionen:	Henze, Lasogga, May
zum Recht:	Brosey, Marung, Nüßen

Didaktische Hinweise für den Einsatz als Lernbeispiel

Geeignet zur Schulung von Rettungsdienstmitarbeitenden aller Berufsgruppen, Hausärzten, Sozialarbeitern, Ordnungskräften und Medizinstudierenden

- zum Konflikt zwischen Autonomie, Fürsorge und Verantwortung
- dem Umgang mit Aggression, Behandlungsverweigerung und Zwangsmaßnahmen
- Möglichkeiten und Grenzen hausärztlichen Handelns

Fall 5: Herr Naumann, Frau Zander und Sohn Jörg

Fallskizze

Frau Zander bringt ihren 16-jährigen Sohn Jörg morgens um 07:30 Uhr mit dem PKW vom Dorf zur Schule in die nahegelegene Stadt. In einer langgezogenen Linkskurve kommt ihnen Herr Naumann in seinem PKW mit überhöhter Geschwindigkeit entgegen. Er verliert die Gewalt über das Fahrzeug und prallt gegen das Auto von Frau Zander, das gegen einen Straßenbaum geschleudert wird. Das Auto von Herrn Naumann prallt gegen ein Verkehrsschild. Hinter Familie Zander fährt ein LKW, der rechtzeitig stoppen kann und dessen Fahrer unmittelbar danach einen Notruf auslöst, ehe er zu den Unfallfahrzeugen eilt. Von der Leitstelle werden aufgrund der knappen Angaben sofort Polizei, Notarztteam sowie zwei Rettungswagen zum Unfallort geschickt.

Der LKW-Fahrer hilft Frau Zander aus ihrem Auto. Sie blutet an der Stirn, hat Schmerzen im Bereich des Gurtes und kann nur schwer durchatmen. Ihr Sohn ist eingeklemmt, sehr benommen und gibt starke Schmerzen an. In dieser Zeit treffen auch die Polizei und ein Rettungswagen ein. Kurz danach kommen das Notarztteam und der zweite Rettungswagen. Während die Polizei die Unfallstelle sichert, sichten Notärztin und Rettungsteam die drei Verletzten. Frau Zander ist sehr aufgeregt, macht sich Sorgen um ihren Sohn. Sie lässt sich nur widerwillig auf die Trage eines Rettungswagens legen. Herr Naumann ist nicht ansprechbar, atmet aber ausreichend. Er riecht sehr stark nach Alkohol.

Die erfahrene Notärztin lässt Jörg Zander durch eine Rettungsassistentin einen venösen Zugang legen und ein Analgetikum i.v. geben. Sie kümmert sich um Herrn Naumann, der in den zweiten RTW gelegt wird. Er hat abdominelle Prellmarken und zeigt Reaktionen auf lautes Ansprechen. Währenddessen trifft die Feuerwehr ein, die angefordert wurde, um den Eingeklemmten aus dem Wrack zu befreien. Die Ärztin eilt zwischen Herrn Naumann, Frau Zander und Jörg Zander hin und her und erteilt den Rettungsdienstlern Anordnungen. Sie verzichtet darauf, einen zweiten Notarzt oder den Leitenden Notarzt anzufordern, weil die Situation der Verletzten einigermaßen stabil ist, das Krankenhaus in der Nähe liegt und sie ein gutes Team um sich hat. Für Frau Zander wird ein KTW nachgeordert, weil die Ärztin den RTW für Jörg Zander nutzen will, sobald er aus dem Wrack befreit ist.

Aus den Autos, die wegen des Unfalls anhalten mussten, steigen mehrere Personen aus, um näher an das Unfallgeschehen heranzukommen. Einige haben Handys und Kameras in der Hand, um Bilder zu machen. Polizisten versuchen, das zu unterbinden. Eine der Personen weist sich als Journalist der regionalen Zeitung aus und betont sein Recht, Fotos für die Zeitung zu machen.

Frau Zander wird als erste in die Klinik gefahren, obwohl sie ihren Sohn nicht allein lassen will. Als sie in der Notaufnahme eintrifft, die vorher von der Leitstelle über die Art des Unfalls und die zu erwartenden Personen informiert wurde, kritisiert sie heftig den „Blödmann“, der ihnen ins Auto geknallt ist. Mit dem KTW kommen auch Blutentnahmen der beiden anderen Unfallopfer in die Notaufnahme. Kurze Zeit danach treffen Jörg in Begleitung der Rettungsassistentin und Herr Naumann mit der Notärztin ein. Herr Naumann reagiert auf Reize mit Abwehrbewegungen und unverständlichen Lauten. Sein Bauch ist gespannt und deutlich schmerzhaft.

Ein weiterer Arzt der zur Versorgung in die Notaufnahme kommt, wird vom Oberarzt der Notaufnahme kurz über die drei Verletzten informiert: „Drüben liegt der junge Mann mit Frakturen im Becken-Bein-Bereich, eine davon offen, außerdem gespannter Bauch. In dem andern Raum ist seine Mutter, die vermutlich nur Prellungen und eine Kopfplatzwunde hat. Und hier liegt der Besoffene, 1,9 Promille, der den beiden mit überhöhter Geschwindigkeit ins Auto geknallt ist. Abwehrspannung des Bauches. Für beide Männer Sonografie des Abdomens und CT. Der Junge als Unfallopfer geht vor!“

Problemdifferenzierung

ethisch:	Verantwortung im Straßenverkehr; Datenschutz und Schutz der Intimsphäre der Unfallopfer am Unfallort; Informationsbedarf der Öffentlichkeit und Pressearbeit Gerechtigkeit bei der Verteilung begrenzter Ressourcen in der Notaufnahme; Konflikt durch Vorurteile beim Umgang mit Unfallverursacher und Opfer; Umgang mit vermeintlicher Schuld
kommunikativ:	Schlussfolgerungen der Leitstelle aus knappen Informationen bei der Unfallmeldung; Anordnungen der Polizei an Gaffer; Entlastung der Mutter durch Schimpfen; Urteile durch Wortwahl
medizinisch:	Sichtung und Prioritätensetzen bei mehreren Verletzten; Analgesie bei Bergung
organisatorisch:	Algorithmen bei mehreren Verletzten; Blutproben vom Unfallort vorab in die Klinik schicken
psychologisch:	Stress der Mutter durch Sorge um den Sohn; Wut gegen Unfallverursacher; Aggressivität im Behandlungsteam gegen Unfallverursacher und alkoholisiertem Fahrer
juristisch:	rechtliche Möglichkeiten der Polizei, gegen Gaffer vorzugehen; Recht der Presse; Rechte der Rettungsassistenten und Verantwortlichkeiten von Notärztin und Rettungsdienstlern
technisch:	Hilfsmittel nötig zur Befreiung aus dem Wrack; begrenzte Ressourcen (z.B. 1 CT)

Ethische Fragen und Problemfelder

- Wie beurteilen Sie die Entscheidung der Notärztin, keinen weiteren Arzt an die Unfallstelle zu holen?
- Welche emotionalen und ethischen Konflikte ergeben sich am Unfallort und in der Notaufnahme daraus, dass der Unfallverursacher alkoholisiert ist?
- Wie beurteilen Sie die Haltung des Oberarztes in der Notaufnahme, das unschuldige Unfallopfer vorrangig zu versorgen?
- Welche Konsequenzen ergeben sich durch die Wortwahl des Notaufnahme-Oberarztes bei der Beschreibung des Unfallverursachers für die weiteren Maßnahmen und das Verhalten dem verletzten Mann gegenüber?
- Wie sind ethisch das Fotografieren der Zuschauer und des Journalisten zu differenzieren und zu bewerten?

Hilfen für Antworten im Theorieteil

zum Massenanfall von Notfallpatienten:	Harding, Reifferscheid
zur Schuld:	Fleischmann, Lammer, Pompe
zur Kommunikation:	Bering, Marung, May, Padberg
zur Öffentlichkeit:	Jaster, Krieter, Marung, Parzeller
zu Emotionen:	Henze, Hoffmann
zur Priorisierung:	Harding, Krieter, Marckmann, Marung, Reifferscheid

Didaktische Hinweise für den Einsatz als Lernbeispiel

Zur Schulung von Rettungsdienstlern aller Berufsgruppen, Notärzten, Verkehrspolizisten, Feuerwehrmitarbeitenden, Mitarbeitenden von Leitstellen und Notaufnahmen, Medizinstudierenden

- zur Verdeutlichung der Probleme bei mehreren Verletzten
- im Umgang mit möglichen Schuldfragen oder Schuldzuweisungen
- beim Umgang mit Gaffern, Angehörigen und Presse
- zum Bewusstmachen der Wirkung von Sprache auf (Vor-)Urteile und Verhalten.

Fall 6: Herr Demmer

Fallskizze

Dirk Demmer, 21 Jahre alt, arbeitslos, wohnt im Haus seiner Eltern. Nach einem heftigen Streit mit seiner Freundin kommt er in den frühen Abendstunden heim. Eine Stunde später verlässt er das Haus, nimmt sich das Auto seiner Eltern und fährt ziellos in der Gegend umher. Auf einem unbeschrankten Bahnübergang wird er von einem Zug erfasst. Der Notarzt findet ihn mit schwerem, offenem Schädel-Hirn-Trauma bewusstlos neben dem zerstörten Fahrzeug liegen. Intubiert, beatmet und unter Katecholamintherapie kommt Herr Demmer in die Notaufnahme der Uni-Klinik, wo er vom Anästhesie- und Neurochirurgieteam erwartet wird.

Herr Demmer wird sofort ins CT gebracht. Das Schädel-Hirn-Trauma stellt sich als so massiv heraus, dass eine operative Intervention vom Neurochirurgen als aussichtslos angesehen wird. Die Prognose wird von ihm und vom Anästhesisten als „völlig infaust“ bezeichnet. Die weitere Inspektion ergibt nur verschiedene Prellungen und Schürfungen, aber keinen Verdacht auf zusätzliche, behandlungsbedürftige Verletzungen. Herr Demmer zeigt zu diesem Zeitpunkt noch einzelne Atembewegungen und triggert ab und zu das Beatmungsgerät. Der Anästhesist will die Katecholamine abstellen und Herrn Demmer zum Sterben auf die Intensivstation bringen.

Der Neurochirurg widerspricht: „Der junge Mann ist ein hervorragender Organspender. Hier müsst ihr eine organerhaltende Therapie machen!“ Auf den Einwand des Anästhesisten, Herr Demmer sei doch nicht hirntot, er atme schließlich; erwidert sein ärztlicher Kollege: „Das wird aber über kurz oder lang dazu kommen. Wir müssen nur noch etwas abwarten. Organe sind schließlich knapp.“ Der Anästhesist hält das für eine nicht vertretbare Instrumentalisierung des Mannes: „Und wenn er dann ein komatöser Pflegefall wird?“ „Der wird bei dem Befund nicht lange überleben“, entgegnet der Neurochirurg.

Die Eltern, die inzwischen auch in der Notaufnahme eingetroffen sind, werden vom Neurochirurgen über den aussichtslosen Befund informiert. Er erwähnt dabei auch vorsichtig die Möglichkeit einer Organentnahme zu Transplantationszwecken. Der Vater legt dem Arzt einen Abschiedsbrief vor, der den Unfall als Suizidversuch erklärt. Außerdem zeigt er ihm eine leere Packung Benzodiazepine, die auf dem Abschiedsbrief im Zimmer des Sohnes lag. Die angesprochene Organspende lehnt die Mutter vehement ab, während der Vater meint, so könne Dirk wenigstens noch etwas Sinnvolles tun.

Problemdifferenzierung

ethisch:	Autonomie und Suizid; Frage des mutmaßlichen Willens des jungen Mannes zur Organspende; Abwägung des Schadens für den jungen Mann bei Warten auf den Hirntod gegen den Schaden für die Menschen, die kein Organ bekommen, wenn der Tod zugelassen wird
kommunikativ:	Information der Eltern über die infauste Prognose; Ansprechen von Organspende in der Notaufnahme; Meinungsdissens zwischen den Eltern

medizinisch: Beurteilung des Befundes nach der Information über einen Suizid mit Verdacht auf Benzodiazepinintoxikation; Therapiezieländerung nach Feststellen der infausten Prognose; eingetretenes oder erwartetes irreversibles Hirnversagen (Hirntod)
organisatorisch: Algorithmen bei möglichen Organspendern; Regeln für den Umgang mit Angehörigen
psychologisch: Belastung der Freundin durch Suizidversuch nach Streit; Belastung des Lokführers durch den schweren Unfall; Belastung des Rettungsteams durch Art des Unfalls; Belastung der Eltern durch Unfall und mitgeteilter Prognose; Beziehung zwischen Mutter und Vater durch unterschiedliche Beurteilung der Organentnahme
juristisch: Voraussetzungen für die Feststellung des irreversiblen Hirnversagens; Einwilligung in Organentnahme nach Transplantationsgesetz

Ethische Fragen und Problemfelder

- Wie ist ethisch die Meinung des Neurochirurgen zu beurteilen, den jungen Mann weiter zu therapieren, um den noch nicht eingetretenen Hirntod abzuwarten?
- Wie ist ethisch die Position des Anästhesisten zu beurteilen, der die Therapie beenden und den Mann zum Sterben auf die Intensivstation bringen will?
- Wie wäre vorzugehen, wenn der junge Mann einen Organspendeausweis mit Zustimmung zur Organentnahme hätte?
- Wie wäre vorzugehen, wenn der junge Mann eine Patientenverfügung hätte, in der bei festgestellter infauster Prognose auf alle lebenserhaltenden Maßnahmen verzichtet werden und der Tod zugelassen werden soll?
- Was wäre zu beachten, wenn eine derartige Patientenverfügung in Verbindung mit einem Organspendeausweis vorläge?
- Welche Gesichtspunkte ergeben sich medizinisch, ethisch und rechtlich aus dem gefundenen Abschiedsbrief und der leeren Medikamentenschachtel?
- Was bedeutet die unterschiedliche Haltung beider Eltern zur Organspende für die weiteren Maßnahmen und welche ethischen Konsequenzen folgen daraus?

Hilfen für Antworten im Theorieteil

zum Suizid: Lammer, Lasogga, Pompe
zum Stress: Bering, Marung, May
zum Patientenwillen: in der Schmitten, Luiz, Maio, Trzeczak
zur Kommunikation: Bering, Lasogga, May, Padberg
zum Umgang mit Angehörigen: Lasogga, Krieter

Didaktische Hinweise für den Einsatz als Lernbeispiel

- Zur Schulung für Mitarbeitende in Notaufnahmen, Ärztinnen und Ärzte, die mit Organspende zu tun haben, Mitglieder von Ethikberatungen, Studierende der Medizin geeignet.
- Thematisch zu nutzen
  - für Fragen zum Suizid

  - zur Patientenverfügung
  - zum Organspendeausweis
  - zum Umgang mit Angehörigen
- Sequenzielle Bearbeitung zu empfehlen: Einschnitt vor Erscheinen der Eltern.

Fall 7: Stephanie Carl

Fallskizze

Die 25-jährige Stephanie Carl hat seit Geburt einen schweren, kombinierten Herzfehler und eine schwerste psychomotorische Retardierung mit multiplen Kontrakturen. Die Mutter ist 64 Jahre alt, der Vater 68. Beide kümmern sich liebevoll um ihr einziges Kind. Stephanie ist intensiv pflegebedürftig. Sie äußert nur verwaschene Laute, die die Eltern zum Teil deuten können, kann nicht selbst essen und trinken, schluckt aber dargereichte Speisen und Getränke langsam. Eine Sonde ist nicht nötig. Tagsüber setzen die Eltern sie in einen speziell für sie angefertigten Stuhl. So ist sie mit am Esstisch, im Wohnzimmer oder auch im Garten.

Sie war mehrfach in verschiedenen Kliniken und ist kardiochirurgisch und orthopädisch operiert worden. Entscheidende Verbesserungen ihrer kardialen und motorischen Situation haben sich dadurch nicht ergeben. Stephanie wird regelmäßig vom Kinderarzt betreut, der sie seit den ersten Lebensjahren kennt. Der Tageslauf der Eltern ist ganz auf den Krankheitszustand ihrer Tochter ausgerichtet. Sie haben nur wenige soziale Kontakte, sind aber in die örtliche Kirchengemeinde eingebunden, deren Angebote die Eltern getrennt nutzen, während der andere bei Stephanie bleibt. Der Pfarrer und einzelne Gemeindemitglieder besuchen die Familie regelmäßig.

Seit den Morgenstunden geht es Stephanie schlechter. Sie frühstückt wenig, atmet schwer und ist unruhiger als sonst. Zwei Stunden später kollabiert sie in ihrem Stuhl und reagiert nicht mehr. Die Eltern legen Stephanie auf den Boden, wie sie es bei früheren Kollapsereignissen taten. Als sich nichts ändert, wählen sie den Notruf 112 und geben neben ihrer Adresse die Information an die Leitstelle: „Unser Kind atmet nicht mehr!“

Das rasch eintreffende Notarztteam stellt einen Atem- und Herzstillstand fest. Während der sofort eingeleiteten Reanimation finden sich eine Nulllinie im EKG und enge Pupillen. Haut und Schleimhäute sind blass-livide. Nach Intubation und ersten Maßnahmen, die zu keiner Herzaktion führen, bitten die Eltern, die Reanimation zu beenden: „Hören Sie auf. Es ist gut so!“ Beide Eltern beschreiben mit knappen, warmen Worten das Leben ihrer Tochter. „Gott hat sie zu sich genommen, jetzt hat Stephanie ihre Ruhe.“ Das Rettungsteam verständigt sich kurz nonverbal, die Reanimation einzustellen.

Der Vater bittet, den Gemeindepfarrer anzurufen. Angesichts der Frage, welche Todesursache im Leichenschauschein nach der sorgfältigen Leichenschau eingetragen werden soll, nimmt der Notarzt auch Kontakt mit dem Kinderarzt auf, der Stephanie gut kennt. Der Pfarrer beschreibt die Familie als sehr verantwortungsbewusst und aufopferungsvoll und sagt zu, im Laufe der nächsten Stunde zu kommen. Er hält jeden Verdacht für unbegründet, dass die Eltern Stephanies Tod herbeigeführt haben könnten. Der Kinderarzt sieht das genauso, deutet den Krankheitszustand als jederzeit potenziell lebensbedrohlich und den Tod damit als natürliche Folge des Herzfehlers. In den Leichenschauschein trägt der Notarzt als natürliche Todesursache „Herzversagen bei bekanntem Herzvitium“ ein.

Problemdifferenzierung

ethisch:	Fürsorge der Eltern; Entscheidung der Eltern anstelle der nicht entscheidungsfähigen Tochter; Therapiebeendigung angesichts der schwersten Behinderung trotz unzureichender Kenntnis der Anamnese; Vertrauen in Aussage der Eltern; Vertrauen auf Beurteilung durch Pfarrer und Kinderarzt
kommunikativ:	nonverbale Abstimmung innerhalb des Rettungsteams über gravierende Entscheidung; Gespräch mit Eltern über Entscheidung des Reanimationsabbruchs; telefonische Kontakte zur Absicherung der notärztlichen Entscheidung
medizinisch:	Reanimationsabbruch nach wenigen Minuten bei festgestellter EKG-Nulllinie und engen Pupillen
psychosozial:	Belastung der Eltern durch schwerste Behinderung ihrer Tochter seit Geburt
juristisch:	Leichenschau im Rettungsdienst; Festlegung der Todesursache; Umgang mit einem nicht auszuschließenden Verdacht auf Tötung der Tochter durch die Eltern
spirituell:	Glaubensbindung der Eltern; Einbinden des Gemeindepfarrers

Ethische Fragen und Problemfelder

- Wie ist zu verstehen, dass die Eltern den Notruf wählen, obwohl sie die Reanimationsmaßnahmen nicht wollen?
- Wie beurteilen Sie die Entscheidung des Notarztes, dem Wunsch der Eltern nach Beendigung der Reanimation sehr früh zu entsprechen?
- Welchen Einfluss kann und darf bei einer solchen Situation die langjährige schwerste Behinderung der Patientin für die Handlungsoptionen in der Notfallsituation haben?
- Wie stehen Sie dazu, dass der Notarzt nach Rücksprache mit Pfarrer und Kinderarzt eine natürliche Todesursache bescheinigt, obwohl er die Patientin, die Anamnese und die aktuelle Notfallsituation kaum beurteilen kann?
- Wäre es gerechtfertigt gewesen, die Polizei einzuschalten und die Todesursache durch die Staatsanwaltschaft klären und ggf. eine Sektion vornehmen zu lassen?
- Was bedeutet für den Fall die kirchliche Bindung und der Glaube der Eltern?

Hilfen für Antworten im Theorieteil

zur Behinderung:	Bering
zum Umgang mit Angehörigen:	Bering, Henze, May
zur Spiritualität:	Boesing, Pompe,
zur Verantwortung:	Brosey, Jaster
zum Therapieabbruch:	Harding, Luiz, Padberg, Wiese

Didaktische Hinweise für den Einsatz als Lernbeispiel

Zur Schulung von Rettungsdienstlern, Notärzten, Notfallseelsorgern, Hausärzten, Kinderärzten und Medizinstudierenden geeignet:

- Behinderung und Notfall
- Anwesenheit von Angehörigen bei Reanimationen
- Therapieentscheidungen durch Eltern
- Leichenschau und Todesursachenfeststellung
- Spiritualität in Notfallsituationen

Fall 8: Frau Welter

Fallskizze

Frau Welter ist 78 Jahre alt. Wegen eines frühkindlichen Hirnschadens mit einer fokal symptomatischen Epilepsie ist sie lebenslang in Betreuung. Seit einigen Jahren wohnt sie in einer Behinderteneinrichtung und braucht sehr viel Hilfe bei den Alltagsaufgaben. Seit mehreren Jahren zeigt sie eine bipolare affektive Störung sowie zunehmende Symptome einer Demenz.

Vor mehreren Jahren wurde die rechte Brust wegen eines Carcinoms entfernt, vor zwei Jahren eine sturzbedingte Oberarmfraktur versorgt. Vor einem Jahr musste sie wegen einer ausgeprägten Anämie durch ein blutendes Ulcus ventriculi bei großer axialer Gleithernie stationär behandelt werden. Die Blutung konnte endoskopisch gestillt werden. Vor sechs Monaten musste eine sturzbedingte Schenkelhalsfraktur operativ versorgt, vor zwei Monaten eine Kopfplatzwunde nach einem Sturz genäht werden.

Das Verständnis für ihre Situation sowie ihre Sturzgefährdung fehlt ihr. Sie ist zeitlich kaum, zu ihrer Person nur begrenzt orientiert, fühlt sich aber in ihrer Wohngruppe in der Behinderteneinrichtung wohl. Ein vom Bereuungsgericht bestellter Berufsbetreuer kümmert sich um anstehende Entscheidungen, hat mit ihr aber nur wenig persönlichen Kontakt.

Anfang Dezember findet ihre Mitbewohnerin, selbst psychisch behindert und betreut, Frau Welter am Boden liegend. Sie möchte ihr helfen sich hinzusetzen. Da das nicht gelingt, ruft sie die diensthabende Pflegerin der Wohngruppe. Die findet Frau Welter bewusstlos auf, stellt eine Bradykardie, eine ausgeprägte Hypotonie sowie eine Schnappatmung fest und alarmiert den Notarzt.

Der Rettungsdienst mit der Notärztin trifft 8 Minuten später ein. Der Zustand Frau Welters veranlasst zur kardiopulmonalen Reanimation mit Herzdruckmassage, Intubation, Beatmung sowie Gabe von Suprarenin und Atropin. Die Mitbewohnerin ist ganz entsetzt und muss aus dem Zimmer begleitet werden. Als innerhalb von 20 Minuten keine eigene Herzaktion eintritt und die Pupillen nicht auf Licht reagieren, beschließt die Notärztin den Abbruch der Reanimationsmaßnahmen.

Kurz nachdem alle Tätigkeiten beendet wurden, beginnt das Herz mit einem unregelmäßigen Rhythmus von ca. 60/min zu schlagen. Einzelne spontane Atemzüge werden danach erkennbar. Die Notärztin nimmt die Therapie wieder auf, gibt kreislaufstabilisierende Medikament und bringt Frau Welter beatmet in die Klinik. Der Blutdruck ist 70 mmHg systolisch. Die Pupillen sind mittelweit ohne Lichtreaktion. Der Cornealreflex ist auslösbar, bei Manipulationen am Tubus aber kein Hustenreflex. Der Bauch ist weich, die Lungen sind beidseits belüftet. Auf der Fahrt zeigt Frau Welter Streckkrämpfe.

In der Notaufnahme ergibt das abdominelle Sonogramm keinen auffälligen Befund. Der Hb ist 6,0 g/dl. Das cerebrale CT zeigt keine Blutung oder Ischämie. Die neurologische Untersuchung ergibt den Verdacht auf einen hypoxischen Hirnschaden. Eine Gastroskopie zeigt viele kleine Schleimhautdefekte mit Zeichen von stattgehabten Blutungen, aber keinen akut therapiebedürftigen Defekt.

Problemdifferenzierung

ethisch:	Fürsorge für die behinderte Mitbewohnerin; Gutes tun oder Schaden durch Reanimation bei dem schweren, komplexen Krankheitsbild;
kommunikativ:	Umgang mit der behinderten Mitbewohnerin; geringer Kontakt zwischen Berufsbetreuer und Patientin; Verständigung im Rettungsteam über Abbruch und Wiederaufnahme der Therapie
medizinisch:	Kollaps bei Kombination der Vorerkrankungen; cerebrale Situation bei Abbruch der Reanimation; Indikation zur Wiederaufnahme der Reanimation nach Auftreten von Herzaktionen; Blutgabe bei Hb von 6,0 g/dl und dem neurologischen Befund; Prognose bei Diagnostikende
pflegerisch:	Beurteilung der Notfallsituation durch die Pflegende
psychisch:	Lebensfreude in der Behinderteneinrichtung; Belastung der behinderten Mitbewohnerin durch den Kollaps und die Notfallmaßnahmen; Belastung der Notärztin und ihres Teams durch spontane Herzaktionen nach Beschluss zur Therapiebeendigung
juristisch:	Zuständigkeiten bei Entscheidung über Therapiebegrenzung im Notfall und nach Abschluss der Diagnostik in der Notaufnahme

Ethische Fragen und Problemfelder

- Wäre es gerechtfertigt, angesichts der komplexen, fortschreitenden Erkrankung auf den Ruf des Notarztes zu verzichten und die Patientin palliativ zu versorgen?
- Wie sollte man mit der behinderten Mitbewohnerin umgehen, die in der Notfallsituation anwesend ist und helfen möchte?
- Wodurch ist der Abbruch der Reanimation nach 20 Minuten gerechtfertigt?
- Wie ist die Wiederaufnahme der abgebrochenen Reanimation nach Eintreten eigener Herzaktionen zu bewerten?
- Welche Handlungsoptionen stellen sich nach Abschluss der Untersuchungen in der Notaufnahme?
- Welche Maßnahmen oder Klärungen im Vorfeld hätten die auftretenden Konflikte in diesem Fall vermindert oder verhindern können?

Hilfen für Antworten im Theorieteil

zur Reanimation:	Luiz, Padberg
zur Behinderung:	Bering
zu Therapiezielen:	in der Schmitten, Harding, Marung, Padberg, Trzeczak
zum Therapieabbruch:	Krieter, Luiz, Trzeczak, Wiese

Didaktische Hinweise für den Einsatz als Lernbeispiel

- Zur Schulung von Pflegenden in Pflegeinstitutionen, Notärzten, Rettungsdienstmitarbeitenden, Mitarbeitenden in Notaufnahmen und Medizinstudierenden geeignet.
- Zur sequenziellen Bearbeitung geeignet. Dabei Einschnitte nach Abbruch der Reanimation und ggf. auch noch vor Ankunft in der Notaufnahme möglich.
- Schulung zum Umgang mit anwesenden Personen bei Reanimationen und zu Entscheidungen über den Abbruch von Reanimationen.

Fall 9: Herr Wilkowski

Fallskizze

Herr Wilkowski ist 73 Jahre alt und hat vor einigen Jahren einen dreifachen aortokoronaren Bypass sowie einen Aortenklappenersatz bekommen. Wegen plötzlich aufgetretener Rückenschmerzen wird er gegen 19 Uhr in der Klinik seines Wohnortes aufgenommen. Bei der sonografischen und computertomographischen Diagnostik findet sich ein dissezierendes thorakales Aortenaneurysma. Es wird eine Schmerztherapie eingeleitet und eine Verlegung in die ca. 50 km entfernte Kardiochirurgische Klinik besprochen, in die Sono- und CT-Befunde als Bilddatei geschickt wurden. Herr Wilkowski und seine Frau sind mit Verlegung und eventueller Operation einverstanden. Wegen der weiter bestehenden Schmerzen und einer deutlichen Kreislaufinstabilität wird für die Verlegung das regional verfügbare Intensivmobil angefordert. Es ist schon dunkel, sodass ein Hubschraubertransport nicht schnell verfügbar ist.

Der begleitende Arzt gibt Herrn Wilkowski eine CPAP-Maske mit erhöhter Sauerstoffkonzentration und nimmt eine anxiolytisch-sedierende Medikation vor. Der intraarteriell gemessene Blutdruck ist systolisch zwischen 70 und 80 mmHg.

Der Kardiochirurg möchte vor OP noch eine ergänzende Computertomographie des Thorax haben. Der Transport verläuft problemlos. Anästhesieteam und Kardiochirurg nehmen Herrn Wilkowski in der Notaufnahme in Empfang. Während der Kardiochirurg schon in den OP geht, begleitet das Anästhesieteam Herrn Wilkowski zum CT. Beim Umlagern von der Trage auf den Untersuchungstisch bekommt Herr Wilkowski plötzliche Atemnot und wird sehr unruhig. Die arterielle Druckmessung zeigt keine verwertbare Größe an. Ein EKG-Aufkleber fällt ab, sodass kurzzeitig keine technische Information zur Kreislaufsituation besteht.

Als der Anästhesist intubieren will, ist der Kehlkopfeingang durch eine Vorwölbung verschoben und nicht einsehbar. Er ruft: „Tracheotomie". Bei Verdacht auf eine akute Komplikation der Aortendissektion greift er sofort zum Skalpell und macht einen beherzten Luftröhrenschnitt, durch den der Anästhesiepfleger den Tubus einschiebt. Die Beatmung ist darauf möglich, allerdings blutet es massiv aus der Schnittwunde.

Unter Herzdruckmassage und Beatmung eilen alle sofort in den kardiochirurgischen OP, der vom Radiologen über die Lage informiert wird. Der Patient wird auf der kurzen Fahrt immer blasser. Herzaktionen und Sättigung sind nicht mehr messbar. Die Pupillen sind weit und entrundet. Das OP-Team steht bereit. Als der Tubus am Beatmungsgerät angeschlossen ist, entscheidet der Kardiochirurg: „Keine OP! Wir haben keine Chance mehr. Ich informiere die Klinik, aus der er kommt, und rufe auch seine Angehörigen an."

Dieser Moment wird als Todeszeitpunkt notiert.

Problemdifferenzierung

ethisch:	Autonomie des Patienten bei Entscheidung zur möglichen OP; Verteilungsgerechtigkeit in einer Gesellschaft durch Verteilung der Versorgungsstrukturen
kommunikativ:	Aufklärungsgespräch mit Patient und Ehefrau über mögliche OP und Risiken angesichts der Vorbefunde; rasche Verständigung im

	CT bei akutem Notfall; Aussage im OP zum Verzicht auf OP; Mitteilung des Todes an überweisende Klinik und Angehörige
medizinisch:	Indikation zur Verlegung und ggf. OP; Methode der Verlegung und medizinische Versorgung auf dem Transport; CT in aufnehmender Klinik bei schon bekanntem Befund von auswärts; Nottracheotomie; Kriterien zum Abbruch der weiteren Maßnahmen
ökonomisch:	regionale Verteilung von speziellen Zentren
organisatorisch:	Algorithmen für Notfallverlegungen
psychisch:	Belastung des Patienten und seiner Frau durch lebensbedrohliche Diagnose; Belastung der Teams durch plötzlichen Notfall und Tod eines Patienten; Tod auf dem OP-Tisch; Information an Ehefrau über Tod des Mannes
technisch:	unzureichende Angaben bei der Herz-Kreislauf-Überwachung

Ethische Fragen und Problemfelder

- Wie ist der Aufwand für Verlegung und OP bei dem lebensbedrohlichen Aneurysma zu begründen?
- Hätte auf dem Transport bereits eine Sicherung der Atemwege durch Intubation erfolgen müssen?
- Hätte der Kardiochirurg auf ein CT verzichten und sich auf die auswärtigen Bilder verlassen sollen, um Zeit zu gewinnen, als der Patient bei Übernahme in der Notaufnahme noch einigermaßen stabil war?
- Wie ist die Entscheidung des Kardiochirurgen zu bewerten, nicht mehr zu operieren?
- In welcher psychischen Situation befinden sich die verschiedenen Teammitglieder in dieser Situation?
- Wer ist für die Todesfeststellung und wer für die Kommunikation mit den Angehörigen und der aufnehmenden Klinik zuständig?

Hilfen für Antworten im Theorieteil

zum Patientenwillen:	in der Schmitten, Maio, Trzeczak
zur Schuld:	Fleischmann, Lammer
zum Therapieabbruch:	Luiz, Padberg, Trzeczak
zur Kommunikation:	Krieter
zur Teambelastung:	Bering, Harding, Hoffmann, Pompe
zur Ökonomie:	Marckmann, Salomon

Didaktische Hinweise für den Einsatz als Lernbeispiel

Geeignet zur Schulung von Ärztinnen, Ärzte, Pflegende, Rettungsdienstmitarbeitende, Mitarbeitende von Notaufnahmen, Medizinstudierende über

- Verhalten in akuten Notfällen
- Entscheidungen zur Therapiebegrenzung und zum Therapieabbruch
- Aufgabenverteilung im Team bei Tod in Notaufnahme und OP

Fall 10: Frau Sauer

Fallskizze

Frau Sauer ist 96 Jahre alt und lebt seit zehn Jahren im Pflegeheim. Drei Kinder und mehrere Enkel kümmern sich regelmäßig um sie. Frau Sauer kann mit dem Rollator noch im Pflegeheim herumgehen, wo sie einige Kontakte pflegt und sich wohl fühlt. Außer ihrer relativen Bewegungseinschränkung hat sie kaum Probleme. Sie ist stark vergesslich und isst und trinkt nur ausreichend, wenn sie immer wieder daran erinnert wird. Im letzten halben Jahr war sie dreimal in der Klinik, weil sie exsikkiert war. Nach einer Infusionstherapie kam sie spätestens zwei Tage später wieder ins Pflegeheim zurück. Der letzte stationäre Aufenthalt war vor einer Woche.

Heute wird sie um 07:00 Uhr kollaptisch in ihrem Bett gefunden. Sie kann sich nicht aufsetzen. Die Hausärztin wird gerufen und bestellt ihrerseits den Notarzt. Bei Eintreffen des Notarztteams zeigt sich eine hypovoläme Frau mit sehr trockener Zunge und stehenden Hautfalten. Der Blutdruck ist 100 mmHg systolisch, die Herzfrequenz 100/min. Sonst sind keine Auffälligkeiten feststellbar. Frau Sauer reagiert angemessen, wenn auch verzögert auf Ansprechen und ist zur Person orientiert.

Der Notarzt legt einen venösen Zugang und gibt eine Elektrolytlösung. Als die Hausärztin dem Rettungsassistenten den Einweisungsschein für die Klinik geben will, lehnt der Notarzt ab. Er schlägt vor, Frau Sauer im Heim zu lassen, ihr eine gute Flüssigkeitszufuhr zu garantieren und keine invasiven Maßnahmen zu ergreifen, insbesondere keinen erneuten Kliniksaufenthalt zuzumuten.

Die Hausärztin lehnt vehement ab. Sie und das Heim bekämen nur Ärger mit den Angehörigen, wenn Frau Sauer nicht in die Klinik käme. Die Kinder würden auf eine optimale medizinische Versorgung pochen. Die Pflegeleitung der Wohneinheit verweist auch auf den Medizinischen Dienst, der auch immer „Ärger macht“.

Frau Sauer antwortet auf die Frage des Notarztes, was sie den wolle: „Ich weiß auch nicht! Sie sind der Arzt.“ Nach einer längeren Diskussion, in der sich die Hausärztin nicht umstimmen lässt, nimmt das Notarztteam Frau Sauer mit in die Geriatrische Abteilung der Klinik.

Problemdifferenzierung

ethisch:	Konflikt von Autonomie und Fürsorge; Verantwortung von Angehörigen, Ärzten, Institution; Konflikt zwischen Gutes tun und Schaden vermeiden
kommunikativ:	Gespräch zwischen Hausärztin, Notarzt und Wohngruppenleitung; Gesprächsversuch mit Patientin
medizinisch:	Indikation für Klinikaufenthalt; Vermeiden von Hypovolämie bei alten Menschen
ökonomisch:	Kostenaufwand für Rettungseinsatz bei Bagatellsituationen; Kosten für Klinikaufenthalt zur Flüssigkeitsgabe
organisatorisch:	Garantie einer ausreichenden Ernährung und Flüssigkeitsgabe in Pflegeheimen
pflegerisch:	Versorgung trinkunwilliger Bewohner in Pflegeheimen
psychosozial:	Beziehung zwischen Kindern und alter Mutter; evtl. Einbinden der Angehörigen in eine pflegerische Versorgung

Ethische Fragen und Problemfelder

- Um welche ethischen Werte geht es bei den verschiedenen Handlungsmöglichkeiten der Hausärztin?
- Welche Verantwortung kommt dem Pflegeheim angesichts der wiederholten Volumenmangelereignisse bei der Bewohnerin zu?
- Wie hätte der Notarzt vorgehen können, um der Autonomie der Bewohnerin nach ihrer Aussage „Sie sind der Arzt." zu einem größeren Gewicht zu verhelfen?
- Wie sollten die Beteiligten mit dem empfundenen Druck der Angehörigen und des Medizinischen Dienstes umgehen?
- Wie ist ethisch zu werten, dass der Notarzt die Bewohnerin in die Geriatrie mitnimmt?
- Welche Faktoren bei der Patienten (z.B. Alter, wiederholte gleiche Ereignisse) spielen bei dem Entscheidungskonflikt eine Rolle?
- Wie würde die Entscheidung beeinflusst, wenn bei der aktuellen Eksikkose zusätzlich Symptome eines Apoplex vorlägen und die Patientin sich nicht mehr äußern könnte?
- Welchen Einfluss haben ökonomische Erwägungen bei einer solchen Situation?

Hilfen für Antworten im Theorieteil

zum Alter:	Luiz, Trzeczak, Wiese
zum Patientenwillen:	in der Schmitten, Luiz, Maio, Trzeczak
zur Ökonomie:	Harding, Marckmann

Didaktische Hinweise für den Einsatz als Lernbeispiel

Zur Schulung von Pflegenden und Leitenden in Pflegeeinrichtungen, Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes, Hausärzten, Notärzten, Ethikberatungen, Medizinstudierenden geeignet, um institutionelle Rahmenbedingungen, Konflikte zwischen Autonomie und Fürsorge zu erörtern sowie Therapieziele und Pflege zu planen.

Fallbeispiele in den Theoriebeiträgen

Autoren	Seite	Fallinhalt
Maio	2	Hypoxischer Hirnschaden nach Reanimation. Arzt entscheidet sich zur Therapiereduktion, weil es in solchem Zustand besser wäre zu sterben.
Maio	8	Querschnittslähmung nach Traktorunfall. Vorhandene Patientenverfügung nach vorherigem Lymphknotenkrebs. Notwendig werdende Beatmung wird vom Patienten abgelehnt. Frage nach Ethikkonsil.
Maio	12	48-jähriger Mann mit alkoholbedingter Lebercirrhose muss notfallmäßig beatmet werden. Multiorganversagen. Mutter berichtet vom Todeswunsch des Sohnes. Diskussion im Team über hohe Kosten der Therapie, schlechte Prognose und Suizidalität. Bitte um Ethikberatung.
Harding	18	46-jährige Frau mit Übelkeit, Erbrechen und Durchfall. Unterschiedliche Beurteilung der Dringlichkeit und der notärztlichen Einsatzindikation durch Betroffene und Arzt.
Harding	23	Nicht ansprechbarer 74-jähriger Mann mit akuter Atemnot und Herzinsuffizienz im Pflegeheim. Keine zutreffende Patientenverfügung, Betreuer nicht erreichbar.
Krieter	37	Einsatz von Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst mit Notarzt bei er 97-jährigen Frau, die sich entgegen den Gewohnheiten nicht bei ihrer Tochter gemeldet hat. Große Probleme nach Aufbrechen der Wohnung mit verwirrt erscheinender und sich wehrender Frau und der dazu kommenden Tochter. Klärung der Situation, als mit der 97-Jährigen durch das vorher fehlende Hörgerät eine geordnete Verständigung möglich wird.
Padberg	49	85-jährige Frau kommt aus dem Pflegeheim mit akutem septischem Schock in die Notaufnahme. Hindernisse bei Klärung des mutmaßlichen Willens. Entscheidung zur Therapiebegrenzung. Trotz zwischenzeitlicher Besserung Therapiezieländerung und palliative Versorgung.
Luiz	62	Notarzteinsatz bei bewusstseinsgetrübter 81-jähriger Frau in der Kurzzeitpflege nach Hüft-OP. Wegen vital bedrohlicher Situation Mitnahme in die Klinik indiziert. Dann Vorlage einer Patientenverfügung mit Ablehnung von Klinikaufnahme und Beatmung. Bei körperlicher Untersuchung Fentanylpflaster entdeckt, die nicht bekannt waren. Nach Naloxongabe klart die Frau auf und stimmt der Mitnahme in die Klinik zu.
Luiz	65	Rettungsdienst alarmiert den Notarzt nach, weil eine 73-jährige, schwerkranke Frau, die vom Hausarzt in die Klinik eingewiesen wurde, nicht ohne ärztliche Begleitung transportfähig ist. In Patientenverfügung wird der Tod zuhause gewünscht. Ehemann schwankt zwischen Wunsch zur Erleichterung für seine Frau und Angst vor Übertherapie. Notärztlich Bahnung einer palliativen Versorgung in der Klinik.
Luiz	66	Reanimation in einem Altenheim mit langem Intervall zwischen Notfall und Beginn der Maßnahmen. Meinungsverschiedenheiten im Rettungsteam über den Abbruch der Reanimation.
Luiz	68	Herzinfarkt bei einer 78-jährigen Frau, die ihren pflegebedürftigen Ehemann versorgt und sich für seine Versorgung trotz ihres akuten Infarktes verantwortlich fühlt. Einbinden des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes zur Versorgung des Ehemannes.
in der Schmitten	85	Bei einer 83-jährigen Frau wird ein ausgedehnter, inkurabler Tumor gefunden, der innerhalb kurzer Zeit zum Tode führen wird. Post-OP Reanimation bei Herzstillstand. Später OP mit Anus-praeter-Anlage bei Ileus. Erst eine Woche danach Verlegung zur Palliativstation.
in der Schmitten	85	93-jähriger immobiler und schwerst pflegebedürftiger Mann im Pflegeheim. Herzstillstand, 45 Minuten Reanimation ohne Erfolg.

Autoren	Seite	Fallinhalt
in der Schmitten	86	78-jährige aktive Frau wird durch einen Schlaganfall schwerst pflegebedürftig. Lange Therapie ohne Besserung. Erschütterung der Familie über das Ergebnis.
in der Schmitten	88	Erfahrener Notarzt empfiehlt als Teilnehmer bei einer Fortbildungsveranstaltung die Notwendigkeit, auch bei vorliegender Patientenverfügung zu reanimieren, wenn ein Herzstillstand eintritt.
in der Schmitten	88	Frau mit Patientenverfügung und Notfallbogen, in der eine Reanimation abgelehnt wird, nimmt an einem Hausnotrufsystem teil. Bei Hinweis auf ihre Willensäußerungen wird ihr mitgeteilt, dass sie trotz ihrer Verfügung in jedem Fall reanimiert würde.
Trzeczak	109	67-jähriger Mann mit M. Korsakow als Simulant bei Suizidrisiko stationär eingewiesen. Übersehener Abszess wird entdeckt und operiert. Morphinmedikation nicht beachtet. Delir fehlgedeutet. Tod nach Sprung aus dem Fenster.
Trzeczak	112	80-jähriger Mann mit kardialer Dekompensation soll aufgrund einer Patientenverfügung und der Absprache mit der Ehefrau konservativ und palliativ orientiert therapiert werden. Bei Kammerflimmern auf Drängen der Frau Defibrillation. Meinungsdifferenzen über Therapieintensität.
Trzeczak	116	73-jährige Frau mit Linksherzdekompensation und metastasierendem Tumor. Nach Überbrücken der Notfallsituation ausführliche Gespräche über Krankheit und Prognose. Therapieziel palliativ.
Trzeczak	116	Patient mit komplikationsreichem, langwierigem Verlauf eines Sigmacarcinoms. Mehrere Operationen und Chemotherapien. Gastrointestinale Blutungen. Nach Gespräch mit dem Patienten schließlich Verzicht auf weitere invasive Maßnahmen.
Langer	147	Patientin mit Amnioninfektionssyndrom wird wegen kindlicher Herzaktionen die Entleerung des Uterus versagt. Sie stirbt daran.
Lasogga	171	Fall Terri Shiavo: Hypoxischer Hirnschaden. Meinungsdifferenzen über Therapie und mutmaßlichem Willen zwischen Eltern und Ehemann. Gerichtliche Auseinandersetzung über Ernährung. Schließlich Tod nach Ernährungsverzicht.
Wiese	184	Frau mit Larynx-Ca lehnt Klinikeinweisung ab. Notarzt nimmt Kontakt mit Palliativteam auf und kann die Frau so zuhause lassen.
Wiese	184	Bei einem Patient mit metastasierendem Prostata-Ca wird eine Reanimation begonnen. Dabei Klärung des Patientenwillens und der infausten Prognose und Beendigung der Reanimation.
Pompe	202	71-jährige Frau reanimiert unter Anleitung der Leitstelle ihren kollabierten 70-jährigen Ehemann. Rettungsteam führt die Reanimation ohne Erfolg weiter und bestellt einen Notfallseelsorger. Notfallseelsorger spricht mit der Frau und dem Sohn, führt rituelle Handlungen durch und wartet mit den Hinterbliebenen, bis der Bestatter den Toten abholt.
Pompe	204	Plötzlicher Kindstod eines drei Monate alten Kindes. Notärztin stellt den Tod fest und benachrichtigt den Notfallseelsorger. Zur Klärung der Todesursache Einschalten der Polizei mit Beschlagnahme der Leiche
Pompe	207	PKW vom Zug erfasst. Belastung der Rettungskräfte durch die Art des Unfalls, die Unklarheit über die Toten und der Vermutung zu toten Kindern bis zum Eintreffen der schweren Bergegeräte. Aufgaben für einen Notfallseelsorger.
Parzeller	237	Verdacht auf Eileiterschwangerschaft in der gynäkologischen Praxis. Die Frau sucht trotz Risikoaufklärung keine Klinik auf und stirbt nach Eileiterruptur.

Autoren	Seite	Fallinhalt
Marung	265	Im städtischen Gymnasium sind Schusswaffen eingesetzt worden. Die Polizei ist noch nicht am Ort. Es sind keine Angaben über Verletzte vorhanden. Anordnung an den Rettungsdienst durch die Leitstelle, zunächst in Distanz zum Einsatzort abzuwarten.
Fleisch-mann	281/286	Assistenzarzt im 1. Weiterbildungsjahr versorgt eine 36 Jahre alte Frau mit einem Asthmaanfall in der Notaufnahme. Die notwendige Intubation gelingt ihm nicht. Die Frau stirbt. Probleme im Team und persönliche Belastung des Arztes. Nachfolgende organisatorische Vereinbarungen zur Verhinderung vergleichbarer Situationen.
Roshdi	293	Amoklauf Winnenden 2009: 17-Jähriger tötet an seiner ehemaligen Schule Schülerinnen, Schüler und Lehrpersonen. Auf seiner Flucht tötet er auch Unbeteiligte.
Roshdi	294	Täter am Frankfurter Flughafen tötet 2011 zwei US-Armeeangehörige und verletzt zwei schwer. Er sieht sich als Muslim im Krieg mit den USA.
Roshdi	295	Attentat auf Oskar Lafontaine 1990. Psychotische Frau sticht mit einem Messer in das Hals des Opfers.
Roshdi	296	Ein frustrierter Mitarbeiter eines Versandhauses verletzt und tötet mit einem Samuraischwert mehrere Personen in der Marketingabteilung. Eine Kollegin kann in stoppen.
Roshdi	298	Patient erschießt nach missglückter Nasen-OP den Chefarzt der HNO-Klinik.
Roshdi	298	Rentner erschießt zwei Ärzte nach einer Krebsbehandlung.
Roshdi	298	1999 erschießt ein 68-jähriger Mann einen Onkologen, dem er die Schuld am Krebstod seiner Frau gab.
Lammer	321	Unfallversorgung bei mehreren Verletzten. Ein unbehandelter Patient stirbt. Schuldgefühle des Notarztes.
Lammer	321	Notfallseelsorge bei einem Amokläufer, der auf acht Menschen geschossen hat.
Lammer	321	Umgang mit Schuldgefühlen einer vergewaltigten und verletzten Frau
Lammer	324	Schuldgefühle einer Ehefrau, deren Mann stirbt, als sie gerade nicht da ist, obwohl sie vorher ständig an seinem Bett wachte.
Lammer	324	Selbstvorwürfe eines Mädchens, das von seinem Vater missbraucht wurde.
Lammer	325	Schuldgefühle eines Lokführers, der einen Menschen überfahren hat, der ihm vor den Zug gesprungen ist.
Lammer	325	Schuldgefühle eines Lehrers, dessen Kollegin bei einem Klassenausflug durch ein Auto tödlich verletzt wurde.
Lammer	325	LKW-Fahrer, der an einer roten Ampel ungebremst Fußgänger getötet und verletzt hat.
Lammer	326	Alkoholisierter LKW-Fahrer verursacht einen Unfall mit Toten und Verletzten.
Lammer	326	Amokläufer hat aus Hass und Rache wahllos auf Menschen geschossen.
Lammer	326	Ein Erpresser hat eine Geisel genommen. Er und ein Polizist werden bei einem Schusswechsel verletzt.
Henze	349	Plötzlicher Kindstod. Kümmern um die Mutter.

Internetadressen, über die Informationen, Stellungnahmen, Leitlinien und Literatur zu den Themenfragen dieses Buches gefunden werden können (Stand 15.08.2015)

1. Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM), Göttingen

Stellungnahmen der Akademie und umfangreiche Links zu Ethik-Institutionen im deutsch- und englischsprachigen Raum, über die man deren Verlautbarungen und Leitlinien finden kann.

Links zu deutsch- und englischsprachigen Zeitschriften zu Ethik in der Medizin.

Link zur Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin (IDEM), über die man Literaturrecherchen und Expertisen zu medizinethischen Fragen bekommen kann.

- http://www.aem-online.de/

2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Arbeitsgemeinschaft einer Vielzahl medizinischer Fachgesellschaften. Auf der Internetplattform finden sich Informationen zu diesen Fachgesellschaften und sehr viele Leitlinien. Darunter sind auch viele ethisch orientierte Stellungnahmen. Es ist eine komfortable Suche nach Fachgesellschafen, Disziplinen, Themen und Relevanz möglich.

- www.awmf.org

3. Bundesärztekammer Berlin

Stellungnahmen zu vielen ethisch relevanten Themen. Notfallmedizin wird sowohl inhaltlich als auch berufs- und gesellschaftspolitisch thematisiert.

- http://www.bundesaerztekammer.de/

4. Deutscher Ethikrat, Berlin

Stellungnahmen des Ethikrates zu ganz unterschiedlichen Themen mit ethischer Relevanz. Links zu nationalen und internationalen Ethikgremien. Speziell zur Ethik in der Notfallmedizin gibt es jedoch wenige Aussagen des Deutschen Ethikrates.

- http://www.ethikrat.org/

5. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Nürnberg

Empfehlungen und Vereinbarungen zu verschiedenen Themen auch der Notfallmedizin

- http://www.dgai.de/

6. Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Berlin

Informationen zu Intensiv- und Notfallmedizin. Stellungnahmen und Leitlinien auch zu verschiedenen ethischen Fragen. Links zu anderen Gesellschaften und Stellungnahmen.

- http://www.dgiin.de/

7. Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA), Berlin

Interprofessionelle, fachübergreifende Seite zu fachlichen und berufs- und gesellschaftspolitischen Fragen der Notfallmedizin. Ethische Arbeitsgruppe mit eigenen Veröffentlichungen. Blog zur Diskussion.

- http://www.dgina.de/

8. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Berlin

Informationen und Stellungnahmen zu notfallmedizinischen Fragen. Links zu den Fachgesellschaften in der DIVI.

- www.online-divi.de

9. Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (öGERN)

Stellungnahmen, wissenschaftliche Ausarbeitungen und Tagungsberichte zu ethischen und rechtlichen Aspekten für alle Berufsgruppen in der Notfallmedizin. Links zu vielen vorrangig deutschsprachigen Organisationen und zu Literatur.

- http://www.oegern.at/ogern/

10. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Basel

Stellungnahmen und Tagungshinweise zu sehr vielen medizinethischen Themen.

- http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html

11. Schweizerische Gesellschaft für Recht in der Notfallmedizin (GeRN), Muri

Informationen und Beratungsangebote mit rechtlichem Schwerpunkt. Stellungnahmen, Literaturempfehlungen und Links auch mit ethischem Inhalt, z.B. Autonomie, Aufklärung.

- http://www.notfallrecht.ch/

12. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Berlin

Stellungnahmen der Zentralen Ethikkommission sowie Links zur World Medical Association mit ethiscehn Stellungnahmen. Notfallmedizin kommt dabei kaum vor.

- http://www.zentrale-ethikkommission.de/

Sachwortverzeichnis

E

F

G

H

O

P

Q

R

T

U